

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia di Comunità, della Promozione del
Benessere e del Cambiamento Sociale**

Tesi di laurea Magistrale

***L'esplorazione delle emozioni all'interno del gruppo
terapeutico Attivamente in Brasile***

Relatore

Prof. Alessio Vieno

Laureando: Francesco Zucchini

Matricola: 2053053

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

ABSTRACT	1
INTRODUZIONE	2
CAPITOLO 1.....	5
IL PERCORSO DELLE EMOZIONI: TEORIE, SVILUPPO EMOTIVO E TERAPIA DI GRUPPO	5
1.1 <i>Emozioni a confronto: uno sguardo sulle principali teorie.....</i>	5
1.2 <i>Lo sviluppo socio-emotivo infantile.....</i>	12
1.3 <i>Le terapie di gruppo per bambini.....</i>	26
CAPITOLO 2.....	35
I DISTURBI MENTALI TRA I MINORI IN BRASILE: UNO SGUARDO AL CAPS i DI JUAZEIRO	35
2.1 <i>Diffusione dei disturbi mentali tra i bambini e gli adolescenti brasiliani</i>	35
2.2 <i>Il sistema di assistenza psicosociale in Brasile</i>	37
2.3 <i>I Grupos Terapeuticos nel Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil di Juazeiro (CAPS i)</i>	41
CAPITOLO 3: IL METODO DELLA RICERCA.....	45
3.1 <i>Partecipanti.....</i>	46
3.2 <i>Descrizione del gruppo terapeutico Ativamente.....</i>	49
3.3 <i>Raccolta dati.....</i>	51
3.4 <i>Procedura.....</i>	55
3.5 <i>Analisi dei dati.....</i>	56
CAPITOLO 4: RISULTATI	59
4.1 <i>Osservazione del gruppo terapeutico</i>	59
4.1.1. <i>Comprensione e riconoscimento delle emozioni</i>	60
4.1.2 <i>L'espressione delle emozioni: la vergogna</i>	61
4.1.3 <i>La gestione delle emozioni</i>	62
4.2 <i>Il cambiamento individuale dei bambini.....</i>	63
4.3 <i>Le valutazioni degli incontri</i>	64
4.4 <i>Discussione dei risultati</i>	66
4.5 <i>Limiti della ricerca</i>	72
CONCLUSIONI	75
BIBLIOGRAFIA	77

ABSTRACT

Lo studio esamina il percorso terapeutico di un gruppo di bambini brasiliani di età compresa tra i 9 e i 13 anni. L'obiettivo della ricerca è quello di osservare in che modo partecipare al gruppo terapeutico ha influenzato lo sviluppo di competenze emotive nei bambini. In primo luogo, si analizza il concetto di emozione e sviluppo emotivo per delucidare i meccanismi funzionali e disadattivi che possono avere un impatto sulla crescita emozionale infantile. In seguito, sono presentate alcune delle pratiche più recenti nel campo della terapia di gruppo infantile. Lo studio prosegue analizzando la struttura del sistema pubblico di salute mentale brasiliano e il funzionamento dei centri di assistenza psicosociali (CAPS). In particolare, la tesi si focalizza sul funzionamento del CAPS i di Juazeiro in cui è stata svolta la ricerca. Successivamente viene descritta la metodologia dello studio di caso e gli strumenti di raccolta dati che sono stati utilizzati per realizzarlo. Dall'analisi tematica e descrittiva delle evidenze emergono alcuni temi ricorrenti che hanno individuato alcune tendenze durante lo svolgimento delle sedute. Innanzitutto, emerge che i bambini hanno attraversato un processo di apprendimento nel riconoscimento delle emozioni. L'emozione riconosciuta ed espressa con più frequenza è stata la rabbia insieme alla paura. Inoltre, il sentimento di vergogna ha ostacolato la libera espressione dei partecipanti. Infine, le strategie di regolazione dell'emozione che hanno suscitato più interesse nei bambini sono state quelle della respirazione diaframmatica per controllare la rabbia e la rivalutazione cognitiva della situazione per far fronte alla tristezza.

INTRODUZIONE

La seguente ricerca si inserisce all'interno dell'esperienza di tirocinio svolta tramite l'associazione ENARS per il progetto BEA. Il progetto BEA promuove l'apprendimento dei tirocinanti universitari attraverso la metodologia del Service-Learning, un approccio pedagogico innovativo che punta a formare gli studenti attraverso il servizio per la comunità. In particolare, lo studio è stato realizzato all'interno del Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil di Juazeiro (CAPS i), il principale servizio di assistenza psicosociale pubblico minorile della città di Juazeiro, Bahia, Brasile. Il CAPS i prende in carico minori con disturbi mentali gravi e offre un servizio di supporto psicologico specializzato. La ricerca condotta indaga uno dei percorsi di riabilitazione offerti all'interno del CAPS i, il gruppo terapeutico. I gruppi terapeutici del CAPS i offrono sostegno emotivo, istruzione e risorse a persone che condividono un problema comune. Nello specifico, è stato utilizzato il metodo dello studio di caso per seguire l'evoluzione del gruppo Ativamente, composto da bambini in condizioni di vulnerabilità di età compresa tra i 9 e i 13 anni. Il gruppo terapeutico è stato costituito con l'obiettivo di aiutare i bambini a migliorare le loro abilità emotive per superare le difficoltà che presentano nel socializzare con i coetanei. Lo studio di caso si propone di esaminare come i partecipanti al gruppo terapeutico Ativamente abbiano vissuto tale esperienza e in che modo partecipare al gruppo abbia influito sullo sviluppo delle loro capacità emotive.

Nel primo capitolo verrà fornito un quadro dell'evoluzione degli studi che si sono concentrati sul concetto di emozione. Si passeranno in rassegna le teorie fisiologiche, cognitive e delle neuroscienze affettive e sociali che si sono susseguite nell'arco del '900. Verrà posta particolare attenzione alla costruzione culturale delle emozioni per comparare

la concezione di emozione occidentale con quello sudamericano. In secondo luogo, si analizzerà come avviene il processo di sviluppo emotivo durante l'infanzia concentrandosi sul riconoscimento, la comprensione, la gestione e l'espressione delle emozioni. Per comprendere meglio il vissuto dei bambini del CAPS i, verranno poi presentate le teorie che spiegano i fattori e le conseguenze legate a uno sviluppo emotivo atipico. Un processo di crescita disfunzionale può portare a problematiche sociorelazionali significative che possono essere curate tramite vari percorsi di cura. Nella rassegna verranno esposti gli ultimi sviluppi nel campo della terapia di gruppo.

La seconda sezione dello studio si propone di far immergere il lettore nel contesto brasiliano mostrando i dati epidemiologici relativi ai disturbi mentali infantili e di come il governo brasiliano ha cercato di far fronte a questa sfida. A partire dalla riforma psichiatrica del 2001, i servizi di assistenza psicosociale si sono riorganizzati nella Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). All'interno di questa rete i Centri de Atenção Psicossocial (CAPS) svolgono un ruolo di primo piano. In particolare, nell'elaborato ci si concentrerà sul funzionamento e la struttura CAPS i di Juazeiro, il luogo in cui è stata svolta la seguente ricerca.

Gli ultimi due capitoli espongono lo studio di caso singolo realizzato all'interno del gruppo terapeutico Ativamente del CAPS i di Juazeiro. Inizialmente la tesi si sofferma ad esaminare il metodo con cui è stato condotto lo studio. Si partirà dalla presentazione dei partecipanti per poi passare a descrivere la struttura delle sedute terapeutiche. In seguito, verranno passati in rassegna i diversi strumenti di raccolta dati utilizzati, la procedura con cui sono stati somministrati e come sono stati analizzati i risultati. In conclusione, dall'analisi dei dati raccolti emergono i risultati che mostrano quali sono

state le emozioni più discusse durante gli incontri e come sono cambiate le competenze emotive dei bambini.

CAPITOLO 1

IL PERCORSO DELLE EMOZIONI: TEORIE, SVILUPPO EMOTIVO E TERAPIA DI GRUPPO

Nel seguente capitolo verrà presentato il quadro teorico delle ricerche che indagano il funzionamento delle emozioni. Tali studi sono necessari per comprendere quali sono i processi che intervengono durante lo sviluppo emotivo del bambino. In seguito, verrà esaminato come alcuni fattori possano influenzare negativamente la crescita emotiva del bambino compromettendo la formazione delle abilità socio-emotive. Infine, sarà analizzata la letteratura che si interessa delle terapie di gruppo per bambini al fine di spiegare le pratiche odierne alla base del percorso terapeutico oggetto di questa tesi.

1.1 Emozioni a confronto: uno sguardo sulle principali teorie.

Per poter analizzare e approfondire le principali teorie sulle emozioni è importante definire cosa si intende per emozione. L'American Psychological Association (2023a) definisce l'emozione come *“uno schema di reazione complesso, che coinvolge elementi esperienziali, comportamentali e fisiologici, con cui un individuo tenta di affrontare una questione o un evento personalmente significativo”* (APA, 2023a). Il concetto di emozione è cambiato nel tempo e diverse correnti di pensiero hanno provato a dare la propria interpretazione di tale costrutto. Ancora oggi non si è arrivati a una definizione unanime e di conseguenza il dibattito circa la natura delle emozioni rimane aperto. Le principali teorie sul funzionamento delle emozioni possono essere raggruppate in tre categorie: le teorie fisiologiche, cognitive e delle neuroscienze affettive e sociali. È

importante notare come queste teorie non siano necessariamente esclusive l'una dell'altra e come molte ricerche sul funzionamento delle emozioni si basino su un approccio integrato. Esistono vari fattori che possono limitare la generalizzazione delle principali teorie sulle emozioni. Uno di questi fattori è la variabilità individuale secondo cui ciascun individuo vive, manifesta e riferisce le proprie emozioni. Un secondo fattore da tenere in considerazione è la complessità nel manipolare e misurare, a livello sperimentale, un costrutto così soggettivo. Tali aspetti appena considerati rendono lo studio delle emozioni un campo che presenta ancora varie questioni irrisolte (Izard, 2009). Oltre a ciò, è importante considerare come il contesto sociale influisca sull'espressione emotiva del singolo. Nello specifico, la cultura di appartenenza gioca un ruolo cruciale nel determinare quali siano le emozioni più accettate in ciascun paese.

Le teorie fisiologiche sono quelle teorie nell'ambito delle emozioni in cui è stato preso in considerazione e valutato il legame tra l'emozione stessa e il corpo, ovvero il manifestarsi dell'emozione tramite esso. Infatti, secondo queste teorie le sensazioni corporee sarebbero le principali responsabili della percezione conscia delle emozioni vissute dall'individuo. Sulla base di ciò, James e Lange, nel 1884, hanno elaborato due teorie molto simili che vengono considerate come un'unica teoria. Nella teoria James-Lange, gli studiosi sostengono che le emozioni dipendono dalla reazione fisiologica di cui si fa esperienza quando si è esposti ad una determinata situazione. In altre parole, è lo stimolo elicitante che genera l'emozione. In questi termini quindi la risposta fisiologica risulta essere una risposta inconscia mentre l'emozione è l'elaborazione cosciente delle percezioni corporee (James e Lange, 1884). Nel 1927, Il fisiologo Walter Cannon criticò la teoria di James-Lange in quanto osservò che, durante l'esposizione ad uno stimolo, la risposta fisiologica richiedesse più tempo rispetto alla risposta emotiva. Successivamente

Cannon insieme al collega Philip Bard elaborarono la teoria di Cannon-Bard, che prende appunto il nome dagli studiosi. Secondo questa teoria le reazioni emotive e fisiche (ovvero fisiologiche) vengono sperimentate contemporaneamente e non in modo sequenziale. La tesi principale di tale teoria è che una situazione emotiva stimola l'attività subcorticale del talamo, centro neuronale del cervello. Il talamo, di conseguenza, manda segnali al cervello generando simultaneamente sia l'emozione conscia che la risposta fisiologica del corpo. Più recentemente Zajonc, psicologo sociale polacco-americano, ha proposto una teoria a sostegno dell'ipotesi di James e Lange. Nel suo studio "Emotion and Facial Efference" (Zajonc, 1985) ha avanzato l'ipotesi del feedback facciale, in cui prende in considerazione le espressioni facciali. Quest'ultime non solo forniscono un feedback sensoriale al cervello, ma possono anche attivare il sistema emotivo e modulare l'esperienza emotiva stessa. In altre parole, l'atto di sorridere o aggrottare le sopracciglia non solo riflette le emozioni che si stanno provando, ma può anche influenzare l'intensità e la valenza delle emozioni. In continuità con il pensiero di James e Lange, anche Zajonc ritiene che esista una sequenzialità tra la risposta emotiva e la risposta fisiologica. Sulla scia delle teorie fisiologiche delle emozioni, Damasio ha proposto una visione più moderna del legame tra corpo ed emozioni introducendo il concetto di marcatore somatico. Secondo Damasio, lo stimolo emotivo metterebbe in atto circuiti cerebrali che elicitano una risposta piacevole o spiacevole a seconda della valenza emotiva vissuta durante le precedenti esposizioni a tale stimolo (Damasio, 1996). Le diverse teorie fisiologiche analizzate fino a questo punto sono le prime a mettere in luce la complessità della relazione fra il corpo e le emozioni. Ma appare chiara la necessità di approfondire gli studi sulle emozioni da altri punti di vista.

Le teorie cognitive si pongono come un approccio innovativo nel campo delle teorie delle emozioni. Una prima teoria su cui porre particolare attenzione è quella di Stanley Schachter e Richard Lazarus, sviluppata negli anni Sessanta del Novecento. I ricercatori sostengono che le emozioni si debbano intendere come il risultato di un'interpretazione cognitiva di uno stimolo. Queste nuove teorie cognitive cercavano di mettere al centro il ruolo dei pensieri e delle attività mentali nella formazione delle emozioni. Dai risultati delle loro ricerche Schachter e Singer (1962) elaborarono la teoria bifattoriale delle emozioni, anche nota come "teoria della risonanza emotiva". Secondo la presente teoria i fattori principali che determinano le emozioni sarebbero l'arousal fisiologico e la valutazione cognitiva. I due psicologi ipotizzarono che l'intensità dell'attivazione fisiologica fosse fortemente influenzata dalla valutazione cognitiva che la persona fa di uno stimolo in un determinato contesto. In pratica, quando una persona prova un'emozione, la situazione circostante gli fornisce le informazioni necessarie per etichettare quel tipo di eccitazione. In tal senso, una risposta fisiologica simile può elicitarne emozioni diverse: il battito cardiaco accelerato prima di un esame può essere interpretato come una sensazione d'ansia, mentre la stessa reazione fisica provata in una situazione di pericolo si può tradurre in paura. Poco dopo, nel 1966, Richard Lazarus dà un ulteriore contributo alla teoria della valutazione cognitiva. Secondo lo psicologo americano, la valutazione cognitiva di uno stimolo emotivo precede l'attivazione fisiologica che produce la risposta emotiva. In sintesi, non esisterebbe l'emozione senza esserci stato prima un processo cognitivo. Tale valutazione cognitiva si articola in due fasi: in un primo momento si cerca di capire se un evento può risultare rilevante. Se tale stimolo viene classificato come minaccioso, allora avviene una seconda valutazione in cui l'individuo valuta le risorse che ha a disposizione per affrontarlo. Nel momento in cui

la valutazione cognitiva è negativa, il soggetto potrebbe sperimentare emozioni come rabbia, paura o tristezza. D'altra parte, se la valutazione cognitiva è positiva, la persona potrebbe sperimentare emozioni come la gioia o l'eccitazione. Dunque, rispetto alle teorie fisiologiche, le teorie cognitive aggiungono il concetto di pensiero considerandolo come un elemento chiave che si interpone tra la presenza di uno stimolo e la risposta fisiologica e/o emotiva che ne deriva. Lo svilupparsi delle teorie cognitive e il lavoro coordinato di diversi studiosi hanno come obiettivo principale quello di porre sempre più chiarezza sui meccanismi sottesi alle emozioni e di comprenderne il funzionamento nei diversi individui.

Infine, negli ultimi vent'anni il focus della ricerca sulle emozioni si è spostato sullo studio dei circuiti neurali che regolano delle emozioni. Da questo nuovo interesse per i processi cognitivi si sviluppa il terzo filone degli studi sulle emozioni: le teorie delle neuroscienze in ambito affettivo e sociale. Il campo delle neuroscienze cognitive ha posto al centro la comprensione delle aree cerebrali responsabili dell'elaborazione e della produzione delle emozioni. Il merito principale dei ricercatori odierni è stato quello di chiarire come i domini della cognizione e dell'emozione siano strettamente legati (Pessoa, 2008). In tal senso, il neuroscienziato portoghese Luiz Pessoa ha evidenziato come avvenga un dinamico e complesso scambio di informazioni tra diversi network neurali. Le aree neurali più importanti all'interno di questa rete sono l'amigdala e la corteccia prefrontale. L'amigdala funge da mediatore delle emozioni e infatti valuta ed elabora velocemente gli stimoli emotivi ed interagisce con numerose aree neurali, tra cui la corteccia prefrontale. Quest'ultima ha il compito di integrare le informazioni provenienti dalle aree sensoriali e dall'ipotalamo per generare poi un comportamento. La corteccia prefrontale è infatti la principale responsabile della regolazione delle emozioni (Denollet

et al., 2007). Un ulteriore interesse della ricerca neuroscientifica è quello di indagare il ruolo che queste due strutture cerebrali svolgono a livello sociale. Le neuroscienze sociali sostengono che l'amigdala e la corteccia prefrontale collaborano nell'interpretazione e nell'elaborazione delle informazioni sociali che riceviamo dagli altri, integrando questi segnali con la motivazione e le emozioni (Damasio, 2003). L'amigdala sarebbe responsabile dell'elaborazione delle risposte emotive automatiche, mentre a livello frontale avverrebbe un'elaborazione più approfondita. Le teorie neuroscientifiche pongono maggiore attenzione ai circuiti neurali che sottostanno alla generazione dell'emozione. L'apporto delle neuroscienze risulta quindi fondamentale per comprendere in modo più chiaro e approfondito il generare e il manifestarsi dell'emozione.

Il quadro teorico appena presentato evidenzia differenti teorie che si sono sviluppate nel corso del Novecento. L'importanza dello studio delle emozioni si riflette anche nello studio del comportamento umano, in particolar modo nel momento in cui gli individui interagiscono tra di loro. La ricerca scientifica, con l'obiettivo di comprendere ancora più nel dettaglio il funzionamento delle emozioni, si è soffermata sullo studio di queste in relazione ai comportamenti sociali. Nello specifico l'obiettivo è stato quello di comprendere come questi due aspetti si influenzino a vicenda. La branca della psicologia di comunità si occupa di questi aspetti, studiando il comportamento del singolo all'interno dell'ambiente sociale. Nello specifico, considerando le emozioni negli studi della psicologia di comunità si pone al centro l'importanza delle relazioni sociali nella trasmissione delle emozioni. Secondo la teoria della comunicazione sociale delle emozioni, ciascun individuo utilizza i propri sentimenti non solo per segnalare o comunicare qualcosa a sé stesso ma anche per comunicarlo agli altri individui

appartenenti al contesto sociale in cui è inserito (Oatley & Johnson-Laird, 2011). Infatti, i ricercatori sostengono che le emozioni possono essere trasmesse rinforzando la coesione sociale tra gli individui. Inoltre, gli psicologi di comunità affermano che le emozioni positive generate dall'empowerment individuale e collettivo possano essere contagiose all'interno di una comunità, portando a un maggiore benessere comunitario (Schueller, 2009). In questi termini, il contesto sociale in cui si manifesta un'emozione può in realtà determinare aspetti cruciali dell'espressione emotiva. Ricerche più recenti, inoltre, sostengono che l'esperienza emotiva sia socialmente costruita: secondo questa visione ciascuna persona tenderebbe a voler sperimentare quelle emozioni che sono approvate dalla propria cultura (Mesquita et al., 2016). In questo senso, il benessere psicologico dell'individuo dipenderebbe proprio dal combaciare delle sue emozioni con quelle più socialmente accettate e non dal provare un tipo specifico di emozione (De Leersnyder et al., 2015). Dagli studi e dalle teorie appena presentate emerge la necessità di studiare le emozioni all'interno del loro contesto sociale. Infatti la cultura di appartenenza influenza significativamente il modo in cui le emozioni vengono validate.

Contestualizzando queste evidenze nel contesto di ricerca sudamericano si possono notare alcune caratteristiche tipiche che caratterizzano il modo in cui vengono vissute le emozioni. La cultura brasiliana si distingue per la sua forte espressività emotiva, un tratto culturale che contribuisce, più in generale, alla percezione comune dei sudamericani. Krys e colleghi hanno condotto uno studio cross-culturale in cui hanno indagato "l'ambiente socio-emozionale" di 49 paesi, ovvero il grado in cui venivano espresse emozioni positive o negative nelle nazioni prese in considerazione (Krys et al., 2022). I paesi dell'America Latina, nonostante non siano tra i più ricchi e non presentino alti livelli di benessere sociale, mostrano un ambiente socio-emozionale positivo.

L'espressione più frequente e libera di emozioni positive compenserebbe le difficoltà presenti in altri ambiti della vita sociale garantendo comunque buoni livelli di soddisfazione di vita. Inoltre, anche chi entra in contatto con una nuova cultura tende a integrare il proprio vocabolario emotivo con quello del contesto di arrivo. Questo nuovo adattamento emotivo sarebbe connesso ad un maggior stato di benessere psicologico (De Leersnyder, 2017). In Brasile esiste un'emozione in particolare che pervade la cultura locale: la Saudade. Con Saudade si intende uno stato emotivo soffuso di dolcezza malinconica che riempie l'anima di desiderio, questo sentimento di mancanza è innescato dalla separazione da qualcosa o qualcuno (Feldman, 2001). Nella ricerca di Roazzi et al. (2011) traspare come, oltre all'emozione della saudade, i bambini delle scuole pubbliche di Recife (Pernambuco, BR) riportino di provare con più frequenza in primis l'allegria, seguita da tristezza, rabbia e paura. Tale studio segnala la necessità di svolgere un'analisi più dettagliata sulle emozioni esperite dalla popolazione di questa regione. Sulla scia di questo studio, la presente ricerca qualitativa indaga le emozioni de bambini brasiliani nordestini che presentano fragilità psicologiche.

1.2 Lo sviluppo socio-emotivo infantile.

Di pari passo con l'evoluzione delle teorie sulle emozioni, vari ricercatori della psicologia dello sviluppo si sono concentrati sull'origine delle differenze nel modo di comprendere, regolare ed esprimere le emozioni. Nei prossimi paragrafi verranno esaminate le tappe dello sviluppo emotivo nei bambini e le possibili psicopatologie che possono insorgere durante l'infanzia. In primo luogo, verrà analizzato nel dettaglio il modo il cui i bambini imparano a riconoscere e comprendere le proprie emozioni e

successivamente come riescono a regolarle ed esprimerle. Attraverso la relazione con il caregiver il bambino acquisisce queste abilità e, se lo sviluppo avviene adeguatamente, raggiunge un livello di competenza emotiva ottimale. Invece, nel caso in cui si presentino alcuni fattori temperamentali e ambientali svantaggiosi, la regolazione delle emozioni può diventare più difficoltosa. La disregolazione emotiva infantile è un importante fattore di rischio per l'insorgenza di psicopatologie. Inoltre, il contesto culturale può avere un impatto sulla regolazione delle emozioni e per questo motivo si è analizzato il ruolo della cultura brasiliana nel processo di maturazione emotiva del bambino.

Per comprendere il meccanismo e il funzionamento emotivo è importante focalizzarsi in primo luogo sul riconoscimento delle emozioni. Negli anni Settanta del Novecento, Paul Ekman ha condotto una serie di ricerche cross culturali in cui ha confrontato la mimica facciale di popolazioni appartenenti a culture molto diverse tra loro identificando e definendo sei emozioni di base: felicità, tristezza, rabbia, paura, sorpresa e disgusto. Questi studi gli hanno permesso di sostenere che tali emozioni emergono in ogni popolazione allo stesso modo e quindi di affermare l'esistenza di emozioni universali di base (Ekman, 1973). Ekman ha continuato i suoi studi concentrandosi sul funzionamento dell'espressione facciale nei bambini. Secondo lo studioso, i bambini possiedono già espressioni facciali adulte (come il pianto o il sorriso) con cui possono comunicare le emozioni già nella prima infanzia. Inoltre, i bambini in età prescolare sarebbero in grado di riconoscere il significato e le situazioni sociali in cui vengono usate alcune emozioni di base (Ekman & Oster, 1979).

Queste ricerche mostrano come i neonati possiedono già un repertorio emotivo seppur limitato. Durante la crescita e la maturazione, si amplia ed aumenta anche la loro capacità di riconoscere le emozioni (Durand, 2007). Il bambino impara a riconoscere gli

stimoli emotivi in momenti diversi: all'inizio percepisce più facilmente la gioia e la tristezza, poi la rabbia, la sorpresa e infine la paura. In seguito si apprendono emozioni più complesse come il disgusto e la vergogna. Durante la crescita del bambino anche le informazioni sociali che riceve dall'ambiente, in particolare dai genitori, hanno un impatto considerevole sullo sviluppo delle abilità di riconoscimento delle emozioni (Castro et al, 2015). Inoltre, bisogna considerare che uno sviluppo atipico di tale competenza è correlato a serie complicazioni psicopatologiche. Song e colleghi sostengono i bambini che hanno una bassa abilità nel riconoscimento delle espressioni facciali emotive materne, mostrano una maggiore predisposizione a patologie esternalizzanti (Song et al. 2022). Con patologie, o disturbi, esternalizzanti si intende la proiezione verso l'esterno di un malessere interiore attraverso un comportamento problematico. Una compromissione nel riconoscimento delle emozioni porta il bambino ad avere maggiori difficoltà nell'ambiente sociale, compromettendo le capacità di socializzazione. Un ulteriore aspetto che può essere preso in considerazione valutando le capacità sociali dei bambini è l'analisi delle conseguenze di un evento traumatico, come l'esser stata vittima di violenze e abusi durante l'età infantile. Infatti, in una recente metanalisi, è stato visto come i bambini abusati presentino un bias nel riconoscimento delle emozioni, in quanto percepiscono in maniera accentuata le emozioni di paura e rabbia. Questo interferisce poi nella costruzione di relazioni interpersonali (Assed et. al, 2020).

Riconoscere le emozioni è il primo passo per riuscire a comprenderle. Il passaggio verso la nuova fase di comprensione delle emozioni è qualcosa che avviene gradualmente nel primo anno di vita dell'infante attraverso l'interazione della diade madre-figlio in cui il bambino legge il volto della madre per interpretare il significato sociale di una certa

situazione (Sorce, 1985). Paul Harris, psicologo britannico, ha osservato che la comprensione emotiva avviene secondo tre dimensioni: la comprensione della natura, delle cause e della possibilità di regolare le emozioni (Harris, 1989). Secondo lui, entro i primi 3 anni di vita i bambini imparano ad usare un lessico emotivo di base e a capire le cause esterne che generano negli altri determinate emozioni. Tra i 3 e i 6 anni, si sviluppano invece le capacità di etichettare le espressioni facciali emotive più complesse. Nello stesso periodo, i bambini riescono a collegare le credenze e i desideri alle emozioni che provocano. Solo dagli 8 anni vengono acquisite capacità fondamentali per la comprensione emotiva, tra cui: la natura mista delle emozioni, i valori morali che le causano e la possibilità di regolarle distinguendo fra emozione espressa ed emozione provata (Pons et al., 2004). A supporto di queste teorie, Michalson e Lewis hanno condotto un esperimento in cui venivano presentate diverse vignette emotive a bambini tra i 2 e i 5 anni: è stato visto che i bambini erano in grado di comprendere le emozioni positive entro i primi 3 anni, ma che solo verso i 5 anni riconoscevano anche quelle negative (Michalson & Lewis, 1985). Dagli studi appena presentati emerge che, a differenza del riconoscimento delle emozioni, la comprensione emotiva è un processo protratto nel tempo. Affinché vi sia una buona comprensione delle emozioni è necessaria anche una maturazione dell'infante. Inoltre, emerge che vi sia inizialmente una maggiore predisposizione alla comprensione delle emozioni positive e solo successivamente di quelle negative.

Se comprendere le emozioni aiuta ad avere una maggior consapevolezza emotiva, saperle gestire rappresenta la competenza più difficile da raggiungere. Con regolazione emotiva si intende *“l'abilità di un individuo di modulare una o più emozioni”* (APA, 2023b). Nel dare una definizione, l'American Psychological Association distingue due

tipologie di regolazione emotiva. La prima è di tipo implicito, meno consapevole, e viene considerata come una regolazione automatica – una risposta neurofisiologica. La seconda invece è esplicita, più consapevole. Quest’ultima abilità regolatoria prevede l’uso di tecniche e strategie utili a gestire meglio situazioni che possono suscitare emozioni difficili da controllare (APA, 2023b).

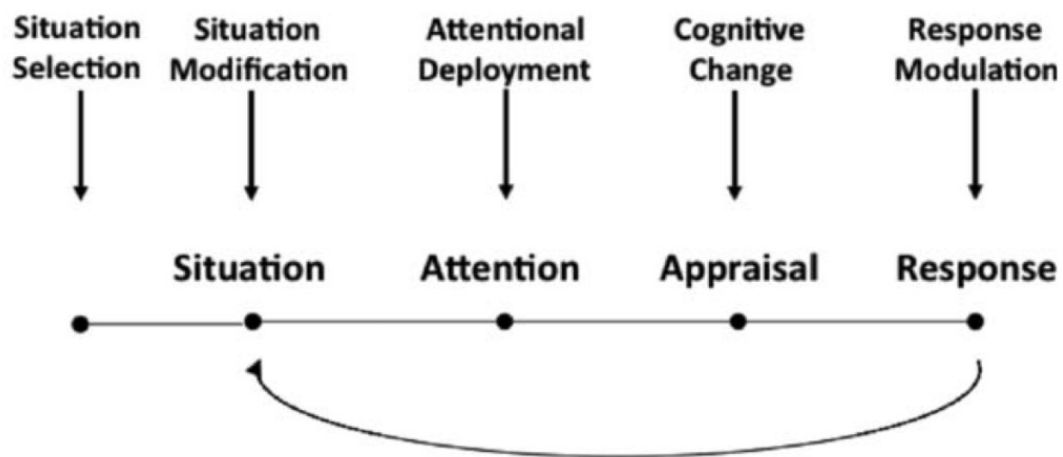


Figura 1: Modello del processo di regolazione emotiva di Gross

In quest’area, James J. Gross è uno dei primi psicologi che ha cercato di delineare come avviene il processo di regolazione emotiva attraverso il suo modello del processo di regolazione emotiva (Gross, 2015). Secondo quanto sostenuto nel modello, ogni individuo può mettere in atto varie strategie di regolazione nei diversi livelli del processo emotivo, ovvero prima e/o dopo la risposta emotiva. Nella fase iniziale si può scegliere di prendere parte o meno a una determinata situazione che presenta una carica emotiva. Scelto un determinato contesto, si possono poi modificare alcuni aspetti della situazione per ridurre il suo impatto emotivo, per esempio togliere una lettera di rifiuto dalla scrivania per evitare di prolungare la delusione che suscita. All’interno di una situazione

sono presenti diversi stimoli e, per questo, spostare l'attenzione da ciò che crea scompensi emotivi focalizzandosi sugli aspetti positivi dell'ambiente è un'altra strategia di regolazione efficace per gestire le emozioni. Allo stesso tempo ognuno degli aspetti del contesto può assumere vari significati, ma attraverso la strategia della rivalutazione cognitiva l'individuo cerca di riattribuire un senso positivo ad un evento che si considera emotivamente negativo (McRae & Gross, 2020). Un esempio di questo meccanismo può essere la situazione in cui uno studente universitario deve ridare un esame per la seconda volta e si motiva a studiare pensando di approfondire gli argomenti d'esame. Infine, Gross ritiene che si possa agire anche dopo che si è verificata la risposta emotiva. In questo caso avviene una strategia di modulazione dell'emozione volta a contenerla o regolarla (Gross, 2015). Un esempio in cui è evidente questo meccanismo è quello della soppressione espressiva in cui si cerca di inibire la propria espressione emotiva. Se Gross si era concentrato maggiormente sulla gestione dei fattori situazionali esterni, le psicologhe Perry e Calkins hanno proposto una teoria sullo sviluppo della regolazione delle emozioni secondo una prospettiva biopsicosociale (Perry & Calkins, 2018). Le due ricercatrici sostengono che oltre ai fattori esterni (l'ambiente sociale), anche i fattori interni come le strutture neuroregolatorie, i tratti comportamentali e le componenti cognitive dell'individuo giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo di una corretta regolazione delle emozioni. Secondo il modello biopsicosociale, il bambino sarebbe inserito in diversi sistemi in connessione tra loro: la componente biologica, comportamentale ed ambientale. La prima dimensione fa riferimento alla parte più fisiologica e genetica dell'individuo costituita dalle strutture neurali che gestiscono la risposta emotiva. In tal senso, numerose ricerche dimostrano il ruolo chiave rivestito dal tronco encefalico nella regolazione dei network neurali delle emozioni (Venkatraman et al, 2017). A livello comportamentale,

ogni bambino sviluppa delle capacità psicologiche e relazionali di far fronte alle emozioni. Infine, queste due aree sono influenzate dai contesti di vita in cui il bambino è inserito quali la famiglia, la scuola o la comunità (Bronfenbrenner, 1979). Questi tre sistemi interagiscono costantemente fra di loro durante la crescita del bambino determinando lo sviluppo delle sue capacità regolatorie. Tra queste dimensioni, l'ambiente in cui cresce il bambino è l'area in cui i genitori possono avere il maggior impatto nello sviluppo emotivo del bambino. Infatti, le interazioni con il caregiver determinano fortemente il modo in cui il bambino sarà in grado di superare i compiti evolutivi necessari per regolare le proprie emozioni (Holodynski, 2009). Queste conquiste avvengono in diverse fasi dello sviluppo infantile, anche a seconda della variabilità individuale di ciascun bambino. Solitamente nei primi mesi di vita avviene una regolazione reciproca tra caregiver e neonato in cui il genitore aiuta il figlio a regolare le proprie risposte emotive, in particolare la frustrazione che il bambino esprime per segnalare i suoi bisogni di cura (Zeman et al., 2006). Questo tipo di scambio può avvenire perché il neonato è predisposto a prestare attenzione alle espressioni facciali materne. Per verificarlo, Tronick ha condotto un esperimento in cui si è visto come il bambino piange o distoglie lo sguardo quando la mamma assume una posa facciale inespressiva (Weinberg & Tronick, 2006). Questa reazione di disagio ci fa capire quanto è cruciale il ruolo del genitore nel contenere le emozioni del figlio. Tra il primo e il terzo anno i bambini aumentano il loro vocabolario emotivo e con esso anche la consapevolezza che esprimere alcune emozioni è appropriato in base al contesto sociale in cui ci si trova. Insieme a questa consapevolezza il bambino inizia a mettere in atto i primi tentativi di autocontrollo sulle emozioni (Fox & Calkins, 2003). Assieme alla capacità di autoregolazione, l'infante sviluppa altre strategie di regolazione imitando ciò che osserva

dall'adulto attraverso il gioco simbolico (Wieder, 2017). Una di queste tecniche è l'evitamento di stimoli negativi, sia distogliendo lo sguardo che spostandosi fisicamente in un altro posto. Dai tre ai sei anni i bambini acquisiscono le capacità cognitive che gli consentono di reinterpretare eventi emotivamente negativi in modo più positivo (Sala et al., 2014). Allo stesso tempo sviluppano la teoria della mente, ovvero la capacità di comprendere gli stati mentali ed emotivi altrui. Questa conquista fa sì che i bambini comincino a supportare emotivamente gli altri. Dopo i sei anni, con l'ingresso a scuola, aumentano le richieste di autocontrollo e con queste anche la consapevolezza emotiva dei bambini che imparano ad autoregolarsi metallizzando i propri stati emotivi. I primi sei anni di vita sono cruciali per lo sviluppo di una buona competenza emotiva (Housman, 2017). Tale competenza, secondo Saarni, rappresenta la capacità dell'individuo di comprendere le emozioni, regolarle o controllare e di utilizzarle negli scambi sociali (Saarni, 1999). In conclusione, il raggiungimento di una buona competenza emotiva è l'obiettivo e il punto d'arrivo desiderato per lo sviluppo emotivo di ciascun bambino.

L'espressione delle emozioni è un aspetto cruciale del comportamento sociale e risulta molto importante per avere una completa competenza emotiva. L'espressione delle emozioni di base è stata studiata in neonati e bambini. In questo studio è emerso che vi sono diverse prove che neonati e bambini piccoli mostrino espressioni emotive appropriate al contesto a cui sono sottoposti. (Sullivan e Lewis, 2003). La competenza emotiva nei bambini è un processo che avviene durante la prima infanzia e le figure adulte di riferimento – genitori, caregiver e insegnanti – hanno un ruolo fondamentale. Infatti, l'espressione emotiva positiva da parte delle figure genitoriali, la modulazione delle emozioni negative, l'apertura nel parlare di emozioni e l'incoraggiamento alle reazioni

emotive dei bambini aiutano gli stessi a diventare emotivamente competenti durante l'età prescolare (Dehnam et al., 2012).

Il processo di crescita emotivo infantile è un processo in cui sono coinvolti diversi fattori e purtroppo non sempre avviene sempre in modo lineare. È possibile, infatti, che tali aspetti concorrano a ostacolare il raggiungimento di un buon livello di regolazione emotiva. Di seguito verranno esaminate le cause e le caratteristiche della disregolazione emotiva, ovvero l'incapacità di regolare la qualità e l'intensità delle emozioni (Paulus et al., 2021). Questa compromissione evolutiva può emergere fin dall'infanzia e costituisce un fattore di rischio significativo per la salute mentale, in particolare per sviluppo di psicopatologie.

Alcuni degli elementi più tipici che caratterizzano la disregolazione emotiva nei bambini sono la presenza di una forte impulsività e aggressività. Queste caratteristiche generano nel bambino uno stato di instabilità che può essere amplificata dall'ipertattivazione emotiva. In questa situazione il bambino ha maggiore difficoltà a prendere decisioni e gestire i propri comportamenti quando generati da uno stimolo emotivo (Tonacci et al., 2019). I pattern di disregolazione emotiva emergono quando il bambino mette in atto strategie di regolazione disadattive che possono essere efficaci nell'immediato, ma che nel lungo termine compromettono il funzionamento (Boldanski et al., 2019). Un esempio può essere l'evitamento che può aiutare subito il bambino a non caricarsi di uno stimolo emotivo negativo. Se tale schema viene interiorizzato può spingere il bambino a fuggire dalle emozioni negative prolungando la durata dello stato emotivo negativo. Oltre all'evitamento, esistono altri tipi di strategie cognitive di regolazione non adattive: l'eccessiva ruminazione, autocritica o il rifiuto ostacolano tecniche più positive come il reappraisal cognitivo (Garnefski, 2004). Il perdurare di uno

stato negativo che non è stato risolto da tecniche di regolazione efficaci interferisce con il comportamento appropriato per una determinata circostanza sociale. Il conflitto che si crea tra l'emozione provata e il contesto può creare scompensi nel bambino. Un esempio può essere la risposta emotiva atipica che si verifica nei bambini con ADHD che non riescono a regolare la loro iperattivazione in situazioni che richiedono autocontrollo (Keenan, 2000). Al contrario di chi soffre di ADHD, in alcuni casi può succedere che il bambino non manifesti alcun tipo di reazione emotiva in situazioni che invece lo prevedrebbero. Un meccanismo simile si presenta nei bambini con PTSD, dove la risperimentazione del trauma implica una soppressione della risposta emotiva (Lanius et al., 2010). L'ultimo aspetto significativo che si può notare in casi psicopatologici di disregolazione emotiva è l'atipicità della durata degli stati emotivi: la velocità con cui si passa da uno stato emotivo all'altro è troppo elevata o troppo lenta. Infatti, i bambini con disturbi dell'umore presentano anomalie nel flusso temporale di alcune risposte emotive (Walter et al., 2009). Per esempio, bambini con sintomi depressivi impiegano più tempo dei bambini senza tali sintomi per tornare a uno stato di equilibrio emotivo dopo aver sperimentato un'emozione negativa. Questi sono i principali aspetti della disregolazione emotiva che si manifestano a seconda della psicopatologia a cui si legano. Oltre alla descrizione delle caratteristiche di questa compromissione emotiva, gli studiosi si sono concentrati sui fattori che hanno un peso nel determinare l'insorgenza della disregolazione emotiva.

La ricerca scientifica, per comprendere in modo più approfondito il funzionamento e l'emergere della psicopatologia durante l'infanzia ha analizzato i fattori biologici, come il temperamento dei bambini, e le cause ambientali, tra cui la relazione con il caregiver. Calkins e colleghi hanno condotto una ricerca in cui veniva misurata la

tolleranza alla frustrazione di 346 bambini trovando che chi riusciva ad infastidirsi meno aveva una miglior capacità di regolare le emozioni (Calkins et al., 2002). Tale risultato mostra come anche il temperamento innato dei bambini influisca sulla disregolazione emotiva. Sul fronte dei fattori ambientali, invece, gli aspetti del contesto che possono essere maggiormente dannosi per la regolazione emotiva del bambino sono: la presenza di psicopatologie nel genitore, la relazione con il caregiver, il maltrattamento o l'esposizione a forme di violenza o abusi. Il genitore è il primo modello emotivo che regola le richieste del bambino nei primi anni. In altre parole, se la sua modalità di interazione è disfunzionale, potrebbe influenzare la capacità di regolazione emotiva del bambino. Avviene quindi una trasmissione intergenerazionale della psicopatologia che viene trasmessa di genitore in figlio. Ciò è stato recentemente dimostrato dalla ricerca di Erel e colleghi che hanno misurato il legame tra psicopatologia materna e regolazione emotiva infantile in alcune madri turche (Erel et. Al, 2023). Dalla ricerca è emerso che la severità della psicopatologia predice la loro espressività emotiva positiva nell'ambiente familiare, il quale è associato con una minor capacità di regolare le emozioni nei figli e un maggior numero di comportamenti esternalizzanti infantili. Questo è uno tra i tanti studi condotti che dimostra l'impatto che i disturbi mentali dei genitori possono avere sulla relazione genitore-figlio quindi sulla salute mentale del bambino. Infatti, il fattore cruciale nella formazione di pattern adattivi di regolazione emotiva è proprio il legame che si instaura all'interno della diade. In base alla disponibilità emotiva del genitore, il bambino apprende stili di regolazione emozionale controllando gli stati negativi e amplificando quelli positivi. In particolare, gli stili di attaccamento risultano importanti indicatori del livello di competenza regolatoria che il bambino ha formato all'interno della relazione diadica. Diversi studi hanno indagato il legame tra regolazione emotiva e

legame d'attaccamento prendendo spunto dalle teorie di Bowlby (Brumariu, 2015). In particolare, i bambini con attaccamento sicuro riescono ad esprimere le emozioni negative e a regolarle in modo autonomo fronteggiando efficacemente la tensione emotiva che ne deriva. Invece, i bambini con attaccamento evitante tendono a minimizzare la loro espressività emotiva tramite il distanziamento, l'autoconsolazione e la repressione delle emozioni negative (Mikulincer & Shaver, 2019). Ciò avviene per inibire i bisogni di attaccamento insoddisfatti dal caregiver, ma può portare allo sviluppo di psicopatologie esternalizzanti come il disturbo oppositivo, della condotta e il disturbo di personalità antisociale (Theule et al., 2016). L'instaurarsi di un legame ambivalente-resistente nella diade può portare il bambino ad amplificare le proprie risposte emotive di irritazione e nervosismo per attirare l'attenzione materna. Tale stile di relazione è associato allo sviluppo di psicopatologie internalizzanti nel bambino quali ansia e depressione. Gli outcome più negativi sono associati a bambini con legami di attaccamento insicuro disorganizzato. In questi casi la relazione risulta compromessa da una mancata regolazione reciproca con il caregiver. Spesso questa tipologia di attaccamento si sviluppa laddove sono presenti eventi di violenze e abusi da parte del caregiver sul bambino, il quale prova ansia e preoccupazione a entrare in contatto con il genitore. I bambini con attaccamento insicuro disorganizzato sono travolti dalle emozioni negative perché non possiedono strategie di regolazione funzionali. Tale disregolazione emozionale ha un'influenza importante nello sviluppo del disturbo di personalità borderline (Mosquera et al, 2014). Ed è proprio quest'ultimo aspetto, ovvero l'esposizione a forme di violenza, a rappresentare uno dei fattori con maggiore impatto sulla capacità regolativa del bambino. Secondo la teoria del trauma da tradimento di Freyd, il bambino sviluppa sintomi posttraumatici e di disregolazione emotiva dopo essere stato ripetutamente

maltrattato e abusato fisicamente o sessualmente da una persona in cui riponeva fiducia. In seguito, il bambino tende a mostrare sintomi dissociativi per proteggere il legame d'attaccamento con la persona significativa (Freyd, 1996). Robinson e colleghi hanno confermato questa associazione conducendo uno studio in cui hanno osservato l'interazione genitore-figlio in 123 bambini di cui la metà avevano subito violenze (Robinson et al, 2009). Dai risultati emerge che i bambini maltrattati presentavano più rabbia e sintomi internalizzanti. Tali sintomi psicopatologici si associavano poi ad un maggior livello di disregolazione emotiva. In conclusione, il quadro teorico appena presentato mette in luce i molteplici aspetti che possono portare a disregolazione nei bambini. Tra gli eventi con un maggiore impatto vi è esser stati vittima di violenze e abusi. Essendo questa parte dei fattori ambientali emerge la forte necessità di un intervento in modo tale da poter ridurre la quantità di abusi e prevenire l'emergere di possibili psicopatologie.

Purtroppo, episodi di maltrattamento e di abuso sui minori sono abbastanza frequenti nello stato della Bahia. Basti pensare che nel 2022 sono stati segnalati 146 casi di violenze e abusi sessuali su bambini e adolescenti (fascia d'età tra 1 e i 20 anni) solo nel municipio di Juazeiro, la città in cui è stata svolta la ricerca che verrà presentata in seguito (DATASUS, 2023). Molto spesso questi bambini e ragazzi vengono incamminati al CAPS i di Juazeiro. Per comprendere meglio la loro condizione emozionale, Conceição e colleghi hanno intervistato 30 professionisti di salute mentale che lavorano con bambini sessualmente abusati negli ospedali dello stato della Bahia. Dai colloqui è emerso come l'im maturità emotiva delle vittime sia spesso causa delle violenze subite perché le rende più vulnerabili ed esposte a situazioni di abuso (Conceição et al., 2022). Questo esempio può fare capire quanto il contesto socioculturale di appartenenza possa influire sullo

sviluppo emotivo infantile dei minori che vivono in altri paesi. Numerosi studi supportano la tesi che le pratiche e gli obiettivi di socializzazione emozionale possano avere un impatto rilevante sullo sviluppo emotivo di bambini appartenenti a culture diverse (Yang & Wang, 2019). In particolare, De Lersnyder e colleghi hanno cercato di dare una spiegazione al modo in cui il contesto culturale ha un effetto sulla regolazione emotiva infantile (De Leersnyder et al., 2013).

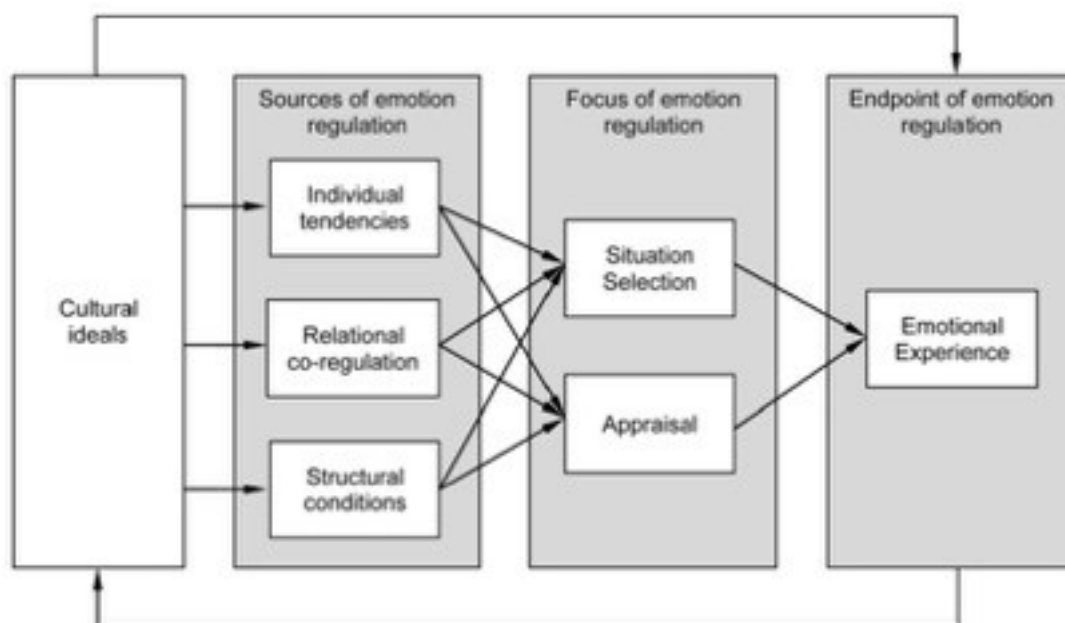


Figura 2: i fattori culturali che influiscono sulla regolazione emotiva (De Leersnyder et al., 2013)

Dalla figura 2 si può osservare come gli ideali culturali costituiscano la base su cui le tendenze individuali, la co-regolazione relazionale e le condizioni strutturali influenzano due importanti strategie di regolazione emotiva: la valutazione cognitiva dell'emozione e la selezione di una determinata situazione. A supporto di questa tesi, in una ricerca condotta tra le scuole della Norvegia e del nord-est del Brasile sono state analizzate le strategie di regolazione di 240 bambini brasiliani e norvegesi (Vikan et al., 2013). Nello

studio veniva chiesto ai bambini di proporre delle strategie di regolazione in base ad alcune emozioni che venivano presentate. È stato visto che i bambini brasiliani mostravano una maggior predilezione per strategie di gioco e di richiesta d'aiuto rispetto ai bambini norvegesi che preferivano cercare di modificare la situazione come strategia regolatoria.

Dagli studi presentati emerge che lo sviluppo emotivo infantile sia un processo estremamente delicato che si articola in varie fasi. Il bambino deve imparare a riconoscere, comprendere, regolare ed infine esprimere le proprie emozioni per arrivare a sviluppare una buona competenza emotiva. Acquisire queste abilità può essere una sfida particolarmente complicata, soprattutto quando il bambino è ostacolato da fattori ambientali, primo su tutti il caregiver. Buona parte dello sviluppo emotivo del bambino dipende proprio dal modo in cui il genitore riesce a condividere con l'infante le proprie emozioni. Quando ciò non avviene, il bambino rischia di andare incontro a psicopatologie che ne possono compromettere seriamente il funzionamento socio-emotivo. In questi casi gli psicologi e psicoterapeuti possono dare ai bambini gli strumenti necessari per padroneggiare le proprie emozioni.

1.3 Le terapie di gruppo per bambini

Lo sviluppo emotivo, per quanto sia condizionato dalla relazione con il caregiver nei primi anni di vita, rimane un processo di crescita aperto che risente delle esperienze di vita maturate. Alcune sono sicuramente più significative di altre. In questo senso, partecipare ad un gruppo terapeutico incrementa esponenzialmente la possibilità di arrivare ad un livello di competenza emotiva funzionale. In questa sezione verrà definito

il concetto di terapia di gruppo ed evidenziate le sue caratteristiche. Ci si focalizzerà principalmente sulla terapia di gruppo infantile e sui benefici che questa può portare non solo individualmente ai bambini ma anche alla comunità stessa in cui convivono.

Per terapia di gruppo si intende un tipo di trattamento psicoterapeutico che coinvolge più pazienti seguiti da uno o più professionisti di salute mentale (Malhotra & Baker, 2019). L'obiettivo dei gruppi terapeutici è quello di incentivare la crescita dell'individuo per far sì che riesca ad acquisire nuove conoscenze, a modificare comportamenti disfunzionali e ad apprendere nuove abilità interpersonali e di coping. Il gruppo terapeutico deve essere omogeneo in base alla condizione clinica dei pazienti. Tale aspetto è importante perché lo psicologo e/o psicoterapeuta stabilisce obiettivi comuni a tutti i partecipanti. Per raggiungere i traguardi terapeutici prefissati i componenti del gruppo devono accordarsi su una serie di norme di condotta che saranno inserite nel contratto terapeutico. La condivisione di regole a cui attenersi costituisce la base per il rispetto e la creazione di relazioni significative tra i partecipanti, garantendo l'efficacia dell'intervento (Martin et al, 2000). In particolare, la terapia di gruppo risulta utile per pazienti che hanno difficoltà nelle relazioni interpersonali, che soffrono di isolamento, che presentano una scarsa autoconsapevolezza o una spiccata impulsività (Grunebaum & Kates, 1977). A seconda della diagnosi e dei bisogni che emergono dal primo confronto con i pazienti, gli operatori che gestiscono un gruppo terapeutico possono scegliere di usare diversi stili di terapia. I tipi di gruppi terapeutici più comuni sono i gruppi psicoeducativi, i gruppi per lo sviluppo di abilità personali, gruppi cognitivo-comportamentali e gruppi di sostegno (Malhotra & Baker, 2019). La terapia di gruppo psicoeducativa è utile per accrescere la conoscenza su tematiche di interesse per i pazienti, come i meccanismi delle loro patologie, i comportamenti disadattivi associati e le tecniche

per cambiarli. Solitamente viene stilato un curriculum di argomenti che verranno trattati durante il percorso terapeutico. È bene che le sedute siano coinvolgenti promuovendo uno scambio interattivo tra i partecipanti. Perché ciò avvenga, è necessario che si crei un clima positivo in cui ognuno si sente a suo agio a parlare. Il secondo stile di terapia di gruppo è quello che incentiva lo sviluppo di capacità compromesse nei partecipanti. In questi gruppi, gli operatori si concentrano sull'insegnamento di tecniche di coping, di socializzazione e di regolazione emotiva. Vista la loro natura, è necessario che le dinamiche degli incontri siano molto interattive e che ci sia tempo per ogni partecipante di mettere in pratica queste abilità. I gruppi terapeutici cognitivo-comportamentali hanno come obiettivo il cambiamento dei comportamenti appresi modificando le credenze dei partecipanti. Lo psicologo assume un ruolo più attivo in quanto deve offrire spunti di discussione, ma allo stesso tempo non deve intralciare gli interventi dei partecipanti. Inoltre, chi conduce il gruppo dovrebbe essere empatico per riuscire a conquistare la fiducia dei pazienti che potrebbero essere resistenti nel cambiare schemi di pensiero consolidati (Christen et al., 2007). Infine, i gruppi terapeutici di supporto sono utilizzati nei casi di pazienti che hanno già ricevuto un trattamento e hanno bisogno di mantenere alcuni comportamenti funzionali acquisiti. In tal caso l'operatore dovrebbe essere meno direttivo, il suo ruolo si limiterebbe a rinforzare comportamenti positivi emersi dai racconti delle esperienze dei partecipanti e mettere in risalto gli aspetti in comune tra loro. Il percorso dei gruppi terapeutici ha durata variabile a seconda delle esigenze del tempo di cui i pazienti hanno bisogno per mostrare miglioramenti. Per questo motivo le sedute si possono protrarre solo per alcuni mesi, mentre in altri casi sono necessari percorsi che durano più anni. Gli incontri non superano i 90 minuti e la disposizione dei partecipanti è solitamente a cerchio o a ferro di cavallo. Nonostante la variabilità della durata, i gruppi

terapeutici si sviluppano seguendo alcune fasi di transizione. Durante il primo periodo avviene la formazione del gruppo. In questo momento di conoscenza i partecipanti fanno più fatica ad aprirsi ed interagire tra di loro e ciò può generare sentimenti d'ansia e di disagio. Lo psicologo ha un ruolo cruciale nel cercare di creare coesione e fiducia. Nella seconda fase i partecipanti iniziano a sentirsi più a loro agio e ad aprirsi con gli altri. Si iniziano a formare dei sottogruppi ed è compito dell'operatore incoraggiare la costruzione di relazioni significative nel gruppo. In seguito, avviene una normalizzazione del gruppo da parte dei partecipanti. Aumenta la coesione e il coinvolgimento dei componenti del gruppo e, perciò, lo psicologo lascia più spazio di discussione e diventa un facilitatore. Il gruppo raggiunge così una piena maturazione e sono i componenti stessi del gruppo a prendersi cura l'uno dell'altro supportandosi a vicenda. Infine, nell'ultima fase si affronta la conclusione del percorso terapeutico e le emozioni che tale evento suscita nei pazienti. Inoltre, lo psicologo ripercorre gli argomenti e le tappe significative delle sedute cercando di far elaborare una possibile applicazione pratica della terapia al di fuori del gruppo (Malhotra & Baker, 2019).

Nonostante queste caratteristiche siano generalizzabili a tutti i tipi gruppi terapeutici, quando si lavora con un target infantile bisogna tenere in considerazione alcuni fattori che differiscono sostanzialmente da un gruppo terapeutico composto da adulti. Slavson è uno dei pionieri degli studi che si occupano di psicoterapia di gruppo infantile e rimane tutt'oggi uno dei punti di riferimento in questo campo di ricerca. Nelle sedute di gruppo che ha condotto con gruppi di bambini e adolescenti emerge come questo tipo di terapia non possa essere un adattamento dei gruppi terapeutici per adulti (Slavson, 1950). I gruppi terapeutici per bambini rappresentano un campo a sé per le diverse esigenze e il differente livello di sviluppo cognitivo ed emotivo. In primis, gli obiettivi

terapeutici cambiano a seconda dell'età. I gruppi terapeutici per bambini e adolescenti, a differenza di quelli per adulti, hanno come obiettivo la gestione delle emozioni, l'acquisizione di social skills e la riduzione di comportamenti problematici. Oltre a ciò, i bambini hanno una capacità di attenzione limitata e si stancano più facilmente. Questo comporta la necessità di strutturare sedute più brevi ed interattive con modalità comunicative più creative. Infatti, vari studiosi concordano sull'importanza di offrire tecniche di espressione più interattive rispetto a quella verbale per facilitare il coinvolgimento e la comunicazione dei propri stati interni. Ciò avviene attraverso l'utilizzo di tecniche creative durante le sedute come il gioco, l'arte, la narrazione o la recitazione (Hamori & Hódi, 1996). La letteratura che si interessa delle nuove tecniche di terapia di gruppo per bambini non è molto ampia dal momento che si tratta di un campo basato sulle evidenze derivanti dalle buone pratiche. Nonostante ciò, Dwedi ha cercato di dare una cornice teorica alle nuove tecniche di psicoterapia di gruppo per minori all'interno del suo libro, in cui tratta di teorie ed esempi pratici che delineano questi approcci (Dwedi, 1993). Le tecniche usate nelle terapie di gruppo per bambini più diffuse ad oggi sono: la terapia cognitivo-comportamentale, la mindfulness, attività artistiche, il gioco terapeutico e il role-playing e la narrazione di storie. Nell'ambito della terapia di gruppo infantile incentrata sullo sviluppo emotivo, queste strategie sono indirizzate all'espressione emotiva libera e creativa dei bambini. Allo stesso tempo è frequente che queste tecniche siano accompagnate da momenti di educazione emotiva, in cui lo psicologo insegna ai bambini a riconoscere e a comprendere le proprie emozioni, alfabetizzando i minori sugli aspetti più importanti delle emozioni. La terapia di gruppo cognitivo-comportamentale è quella che presenta più evidenze di efficacia (Christen et al., 2007). Essa è una forma di terapia che cerca di affrontare problemi socio-emotivi

riflettendo in gruppo su come i pensieri, le emozioni e i comportamenti interagiscano tra di loro. Le sessioni sono strutturate e si concentrano su strategie pratiche, promuovendo l'apprendimento attraverso l'interazione sociale e il sostegno tra pari (Christen et al., 2007). Tra le altre pratiche, la mindfulness sta riscuotendo molto successo. La Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children (MBCT-C) è un tipo di terapia di gruppo per bambini tra gli 8 e i 12 anni. L'MBCT-C può aiutare i bambini a sperimentare in maniera più intensa i propri stati interni e l'ambiente esterno aumentando la loro consapevolezza emotiva (Semple & Lee, 2014). L'MBCT-C prevede l'insegnamento di varie pratiche, fra cui alcune tecniche di meditazione, esercizi di respirazione e visualizzazioni guidate. Semple e colleghi hanno condotto uno studio su 25 bambini con età compresa tra i 9 e i 13 anni. I partecipanti sottoposti a MBCT-C mostrarono una netta diminuzione nella manifestazione di problemi attentivi e comportamentali, nonché di sintomi ansiosi, rispetto al gruppo di controllo (Sample et al., 2010). Con il termine arte terapia si fa riferimento a una forma di terapia sperimentale di trattamento che prevede l'uso di tecniche artistiche, come la scultura o il disegno, per aiutare i bambini ad esprimersi in modo creativo. Da una recente rassegna sistematica sul tema, si è visto che le forme di espressione, i contenuti affrontati e il comportamento dei terapeuti è molto flessibile e variabile (Bosgraaf et al., 2020). Bosgraaf e colleghi hanno concluso che tale percorso terapeutico può migliorare le capacità psicosociali dei bambini nel caso in cui i significati, le forme di espressione e il comportamento del terapeuta si combinino in maniera efficace (Bosgraaf et al., 2020). Un altro tipo di linguaggio comune ai bambini usato nella terapia di gruppo è il gioco. Il gioco terapeutico, ed in particolare il gioco di ruolo, può essere usato nelle terapie di gruppo infantili per affrontare problematiche socio-emotive in un ambiente sicuro. L'efficacia di questa pratica è stata dimostrata dalla

ricerca di Chinekesh e colleghi in cui si è visto come su un campione di bambini prescolari l'uso della gioco-terapia in gruppo abbia aumentato significativamente le capacità socio-emotive quali l'autoconsapevolezza, l'autoregolazione, l'interazione sociale e l'empatia (Chinekesh et al., 2013). In Brasile è stato condotto uno studio simile su bambini ospedalizzati con un'età compresa tra i 6 e i 10 anni. Nel gruppo sperimentale di questa ricerca venivano utilizzate una serie di attività ludiche per far cessare le emozioni di rabbia e tristezza. Dai risultati emerge come le strategie di controllo emotivo più usate dei bambini brasiliani fossero il gioco e le interazioni sociali (Oliveria et al., 2003). Insieme alla gioco-terapia di gruppo centrata sui bambini, Zarra-Nezhad e colleghi hanno indagato l'efficacia della terapia narrativa nel promuovere comportamenti socio-emotivi adattivi durante l'infanzia. Nella terapia narrativa lo psicologo incoraggia i bambini a raccontare storie personali in modo nuovo, ciò li aiuta a riflettere sulle proprie esperienze e a comprendere meglio le proprie emozioni. All'interno della ricerca, i bambini sono stati assegnati a un gruppo di terapia narrativa, di gioco-terapia o a una combinazione dei due. I risultati mostrano che, rispetto al gruppo di controllo, in tutte e tre le condizioni i bambini hanno presentato minor problemi comportamentali e maggiori comportamenti prosociali, a dimostrazione del fatto che questi interventi possano essere utili per lo sviluppo di abilità socio-emotive (Zarra-Nezhad et al, 2023). In conclusione, esistono più tipi di strategie che vengono usate dai terapeuti per affrontare le problematiche socio-emotive che emergono durante lo sviluppo infantile. Nonostante ciò, sono scarse le evidenze di efficacia a supporto di tali tecniche il cui esito dipende sostanzialmente dalla misura in cui le esigenze dei partecipanti incontrano un approccio terapeutico affine. L'obiettivo principale è quindi comprendere in modo appropriato le necessità di tutti i partecipanti del gruppo per impostare in maniera adeguata il percorso terapeutico.

È importante osservare i risultati ottenuti dagli studi che indagano gli effetti della terapia di gruppo infantile a livello individuale e comunitario. Dalla revisione sistematica di Shechtman appare evidente come le terapie di gruppo che mostrano aver maggior efficacia siano i gruppi che si focalizzano nell'espressione delle emozioni all'interno di un clima supportivo (Shechtman, 2014). Infatti, la terapia di gruppo rappresenta un luogo sicuro in cui i bambini possono esplorare e condividere le proprie emozioni. In questo contesto i bambini sviluppano capacità di coping socio-emotive: i professionisti che guidano il gruppo aiutano i bambini a migliorare le loro abilità nella comunicazione e nella gestione delle emozioni. Il clima supportivo all'interno del gruppo consente ai bambini di accrescere la loro autostima. Tale miglioramento è stato dimostrato dalla ricerca di Epel e colleghi (Epel et al., 2021) in cui alcuni bambini delle elementari sono stati assegnati a quattro gruppi di terapia cognitiva comportamentale per partecipare ad alcune sessioni terapeutiche. Dai punteggi dei questionari è emerso che l'autostima dei partecipanti alle sedute era maggiore rispetto a quella dei gruppi di controllo. Questi sono solo alcuni dei benefici che la psicoterapia di gruppo può portare ai bambini che prendono parte alle sedute, ma la crescita socio-emotiva individuale di ciascun partecipante ha un impatto anche sulla comunità di appartenenza. È stato dimostrato che le terapie cognitive comportamentali di gruppo riducono i deficit sociali di bambini e adolescenti diminuendo i casi di ansia e fobia sociale (Christner, 2007). Questa maggior confidenza nelle proprie abilità sociali riduce i casi di isolamento consentendo la creazione di comunità più coese. Allo stesso tempo, durante le sedute i bambini acquisiscono alcune tecniche che possono rivelarsi utili nel migliorare la loro salute mentale a lungo termine. L'aumento della qualità della salute mentale infantile ha un impatto positivo per il benessere delle collettività. Inoltre, non è raro che i genitori dei bambini che partecipano alle sedute si

organizzino a loro volta per partecipare a gruppi di supporto per le famiglie. La condivisione da parte dei genitori delle sfide che affrontano i loro bambini e il sostegno reciproco può aiutare ad aumentare il senso di appartenenza alla comunità. Infine, la terapia di gruppo aiuta a sensibilizzare i membri di una comunità sui temi legati alla salute mentale, diminuendo lo stigma e diffondendo invece la conoscenza.

Avendo inquadrato in una cornice teorica il significato della terapia di gruppo per minori risulterà più semplice comprendere la finalità della seguente ricerca. Questo studio intende osservare il percorso di un gruppo terapeutico di 8 bambini brasiliani di età compresa tra i 9 e i 13 anni incentrato sullo sviluppo delle capacità emotive. Verranno indagate le strategie e le tecniche usate durante la terapia e come sono cambiate nel corso delle sedute, analizzando sia il punto di vista dei partecipanti che quello di chi ha coordinato il gruppo.

CAPITOLO 2

I DISTURBI MENTALI TRA I MINORI IN BRASILE: UNO SGUARDO AL CAPS i DI JUAZEIRO

Ciascun paese sviluppa una propria visione culturale del concetto di salute mentale e definisce specifiche pratiche cliniche per affrontare i disturbi mentali. Alla luce di ciò, il capitolo che segue offre una chiave di lettura per comprendere meglio il percorso terapeutico presentato nel prossimo capitolo. Nella prima sezione, verrà fornita un'analisi della situazione epidemiologica attuale riguardo ai disturbi mentali che affliggono maggiormente i bambini e adolescenti brasiliani. In seguito, sarà analizzato il modo in cui il sistema di assistenza psicosociale brasiliano è stato ristrutturato con particolare attenzione al ruolo che il Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ha ricoperto. Infine, l'elaborato si concentrerà nello specifico sulla realtà del CAPS Infanto-Juvenil di Juazeiro (CAPS i), in cui è avvenuto lo studio, e su come vengono concepiti i gruppi terapeutici al suo interno.

2.1 Diffusione dei disturbi mentali tra i bambini e gli adolescenti brasiliani

Per comprendere realmente il contesto culturale dei partecipanti della ricerca appare necessaria una digressione sulle cause e sulla diffusione dei disturbi mentali tra i bambini e gli adolescenti brasiliani. In generale, il periodo di crescita rappresenta un momento di estrema vulnerabilità. Nello specifico del contesto brasiliano, purtroppo, non è raro che gli adulti e le istituzioni non siano in grado di proteggere i bambini dal subire situazioni di violenza. Per violenza infantile si intendono tutte quelle forme di maltrattamento, abuso sessuale, negligenza o trascuratezza e tutti i casi in cui viene

causato un danno alla salute o allo sviluppo del bambino (Assis et al., 2009). Le violenze vengono perpetuate solitamente in famiglia, a scuola o nella comunità di appartenenza. È difficile quantificare la dimensione di tale fenomeno in Brasile, ma situazioni di violenza contro i minori si verificano quotidianamente. I casi più frequenti riguardano genitori che maltrattano i figli soprattutto nelle comunità più povere. Per esempio, in un sondaggio condotto con le madri di bambini tra i 6 e i 12 anni a Rio de Janeiro è stato rilevato che il 11,3% dei bambini si era già ferito gravemente, il 11,4% aveva già assistito a una rapina o a uno sparo contro altri e il 12,1% aveva assistito ad un omicidio (Avanci et al., 2008).

Varie ricerche indicano l'associazione tra l'esposizione a violenze e soffrire disturbi mentali durante il periodo di vita successivo. Per esempio, in uno studio brasiliano è stato somministrato il questionario SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) ad un campione di bambini. Il test utilizzato ha l'obiettivo di rilevare situazioni di disagio preadolescenziale e adolescenziale. Dallo studio condotto è emerso che i bambini esposti a violenza domestica o educati con metodi violenti presentavano più casi di disturbi psichiatrici (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004). Dai dati epidemiologici su base nazionale si può osservare come le due categorie diagnostiche più comuni siano quella depressiva e ansiosa. De Camargo e colleghi indicano nella loro rassegna un tasso di prevalenza dei due disturbi del 17,2% tra i minori di 15 anni, con una incidenza maggiore nelle femmine (23,3%) rispetto ai maschi (11,1%) (de Camargo et al., 2023). In particolare, per i disturbi ansiosi l'andamento dello sviluppo emotivo influenza il modo in cui le paure e le preoccupazioni possono diventare patologiche (Thiengo et al., 2014). Tali problematiche socio-emotive sono state misurate tramite SDQ in bambini tra i 6 e gli 11 anni nella scuola di Ribeirão Preto (São Paulo, BR). Dalle valutazioni è risultato che il 30,8% presentava problemi emozionali, il 14% problemi interpersonali, il 17%

problemi di condotta e il 16,8% caratteristiche di ADHD (Curi & Golfeto, 2003). Non sempre, però, questi casi arrivano subito all'attenzione di professionisti di salute mentale. Infatti, lo studio di Fattori e colleghi condotto su 825 bambini (6 – 11 anni) in un Unità di Salute di Base (UBS) di São Paulo evidenzia come i minori con disturbi vengono visitati principalmente dal pediatra (57% dei casi) o dal medico di famiglia (47,6%), mentre solo nel 7,9% dei casi lo psicologo era stato consultato. Appena l'1,1% delle volte i bambini avevano incontrato uno psichiatra.

Il quadro appena descritto riflette una situazione critica che necessita di essere presa in considerazione da più fronti. C'è sicuramente bisogno di politiche più stringenti che mirino alla tutela dei minori da situazioni di violenza e si propongano di diminuire i casi di esposizione alla violenza. Inoltre, sarebbe opportuno sviluppare strategie di intervento intersettoriali più efficaci per arginare le ripercussioni che tali situazioni possono avere sulla crescita dei bambini brasiliani. Di seguito verrà presentato come il governo brasiliano ha cercato di rispondere a queste sfide.

2.2 Il sistema di assistenza psicosociale in Brasile

I dati appena presentati non sono rassicuranti, ma il governo brasiliano negli ultimi decenni ha attuato una serie di riforme strutturali nel sistema di salute mentale per risolvere le problematiche presenti. Di seguito, verrà descritto l'impatto che tali cambiamenti hanno avuto sulla vita dei pazienti e sulle loro comunità. In particolare, il focus sarà orientato sul ruolo centrale assunto dal Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), il quale rappresenta anche il luogo in cui è stata svolta la seguente ricerca.

La riforma psichiatrica brasiliana rappresenta un punto di svolta nella storia recente dell'assistenza psicologica in Brasile (Lima & Guimarães, 2019). Con la promulgazione della legge 10.126 del 2001, e di una serie di ordinanze e decreti ministeriali il governo brasiliano ha attuato una riorganizzazione profonda del sistema di salute mentale pubblico. L'ordinanza n° 3.088 ha dato vita a una nuova forma di sostegno psicosociale in cui l'individuo viene preso in carico in maniera integrale e continua attraverso la promozione dell'intersettorialità. A partire dall'ordinanza, quindi, i servizi di assistenza psicosociale si organizzano all'interno di una rete: la Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ovvero un sistema integrato che ha l'obiettivo di garantire l'articolazione e l'integrazione dei punti di cura del territorio attraverso l'accoglienza, il monitoraggio continuo e l'attenzione alle emergenze di salute mentale (Lima & Guimarães, 2019). La rete fa parte del Sistema Unico di Salute (SUS) e mette in contatto tra di loro diversi servizi: i centri di salute di base, le unità di primo intervento, i servizi ospedalieri, i servizi residenziali terapeutici, e i centri di assistenza psicosociale (Ministério da Saúde, 2013). Quest'ultimo, il Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) è un servizio sanitario aperto e comunitario che si occupa di ricevere e di prendere in carico quotidianamente persone che soffrono di disturbi mentali gravi. Il CAPS assume una posizione centrale nell'organizzazione dell'assistenza psicosociale all'interno della rete, in quanto viene effettuata una valutazione del percorso di riabilitazione psicosociale del paziente (Ministério da Saúde, 2013). Infatti, i pazienti possono fare domanda per una consulenza psicologica spontaneamente o essere incamminati da altri componenti della rete o da altri settori (assistenza sociale, giustizia, scuola). Come descritto nell'ordinanza n° 3.088, il CAPS è un servizio di ambulatoriale di assistenza giornaliera che opera in una determinata regione. L'assistenza sanitaria è gestita da una vasta équipe

multiprofessionale che opera in un'ottica interdisciplinare composta da psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, fonoaudiologi, pediatri e da altre figure professionali a seconda del CAPS. Il numero dei professionisti impiegati dipende dalla grandezza e delle necessità del centro. Le attività realizzate nel CAPS si differenziano in attività di gruppo o individuali e si possono riassumere in: sedute individuali (di tipo medico, psicoterapeutico o di orientamento); sedute di gruppo (psicoterapia, officine terapeutiche, gruppi operativi e di supporto sociale), incontri familiari, visite domiciliari e attività comunitarie per rinforzare l'integrazione del paziente nella comunità. La presa in carico del paziente avviene grazie all'elaborazione di un Progetto Terapeutico Individuale (PTI) che coinvolge l'equipe, l'utente e la sua famiglia nella sua costituzione, garantendo un processo di accompagnamento longitudinale del caso. I centri di assistenza psicosociale si suddividono tra CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Álcool e Drogas (AD), CAPS AD III e CAPS infanto-Juvenil (CAPS i), in base alla dimensione del bacino di utenza e al tipo di modalità operativa. Tra i primi tre, il CAPS III si distingue perché offre un servizio di assistenza continua, in funzione 24 ore su 24. Inoltre, il CAPS III è istituito in comuni con più di 200.000 abitanti, mentre si definiscono CAPS I e CAPS II istituti di assistenza psicosociale situati rispettivamente in centri con una popolazione che supera i 20.000 e i 70.000 abitanti. Invece, il CAPS AD e il CAPS i presentano differenze nel tipo di utenza in quanto il primo si occupa di avviare un percorso di riabilitazione per persone con più di 16 anni che affrontano problemi psicologici legati alle dipendenze; mentre il CAPS i prende in carico bambini e adolescenti con disturbi mentali gravi e persistenti fino ai 18 anni. Ed è proprio uno di questi, ovvero il CAPS i di Juazeiro, la struttura in cui il presente studio è stato condotto. Il lavoro svolto dai CAPS appena presentati ha portato a considerevoli benefici per l'individuo e l'intera comunità. Negli ultimi dieci

anni il ruolo del CAPS è stato fondamentale all'interno della riforma psichiatrica, avendo contribuito a raggiungere importanti traguardi come, ad esempio, l'aumento dell'accessibilità della salute mentale, la diminuzione dei posti letto negli ospedali psichiatrici e il riorientamento dell'assistenza verso gli la comunità e i suoi spazi (Pitta, 2011). Inoltre, grazie alla riforma psichiatrica il CAPS è diventato un punto chiave per la regionalizzazione della rete dei servizi, nonostante i “vuoti assistenziali” e le zone grigie per alcuni aspetti di cura che tutt'ora rappresentano la sfida principale della rete (Macedo et al., 2017). In particolare, i limiti che la RAPS sta incontrando sono rappresentati dall'incapacità di far fronte a un'alta domanda di utenti, mancanza di sistemi di monitoraggio e autovalutazione, infrastrutture inadeguate e l'assenza strategie chiare per affrontare la vulnerabilità degli individui (Delgado, 2015). Inoltre, la posizione centrale che il CAPS ha assunto nell'organizzazione della salute mentale ha fatto sì che venisse caricata sulla struttura la responsabilità di vari casi clinici che richiedono un'assistenza diversa da quella offerta al CAPS (Amaral et al., 2018). La difficoltà dei CAPS nel comunicare con gli altri attori del RAPS (unità di attenzione basica, rete di emergenza...) e con gli altri settori (assistenza sociale, scuole...) ha mostrato le fragilità di una rete frammentata che fa fatica gestire in maniera condivisa i pazienti (Sampaio & Bispo Júnior, 2021).

Nonostante queste difficoltà siano presenti, il CAPS rappresenta ad oggi un'istituzione fondamentale per il reinserimento nella società brasiliana di persone affette da disturbi mentali. La rilevanza sociale del nuovo approccio riabilitativo è stata studiata in varie ricerche. Ad esempio, lo studio di caso di Joana, una paziente del CAPS II di Curitiba (Paraná, BR) mostra l'importanza di rendere l'utente protagonista del suo percorso di trattamento psicologico riconoscendo la persona nella sua complessità. Nella

ricerca emerge come l'adesione terapeutica e il senso di empowerment di Joana siano migliorati in seguito alla valorizzazione della sua singolarità (Pacheco et al., 2018). In conclusione, risultano significative le testimonianze di 34 utenti del CAPS di Ubá (Minas Gerais, BR), che definiscono il CAPS come uno spazio sociale che facilita cambiamenti di vita, a dimostrazione di quanto il centro non sia solo un semplice luogo di cura (Marzano & Sousa, 2004).

2.3 I Grupos Terapeuticos nel Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil di Juazeiro (CAPS i)

Le sezioni precedenti hanno chiarificato il contesto in cui si inseriscono i gruppi terapeutici presi in esame da questa ricerca. A partire da questa visione più ampia, nel seguente paragrafo verrà presentato il CAPS Infanto-Juvenil di Juazeiro (CAPS i). Verrà descritta la struttura del centro, l'organico dei professionisti che ci lavora e come sono concepiti i gruppi terapeutici.

Il CAPS i dove è avvenuta la ricerca è situato nel quartiere Country Club a nord di Juazeiro e si rivolge a bambini e adolescenti in condizioni di disagio grave e persistente e che fanno uso di sostanze psicoattive. Il centro prende in carico minori con disturbi mentali gravi, vittime di violenze e di abuso sessuale, bambini che hanno messo in atto comportamenti autolesivi o che hanno tentato il suicidio. Ogni settimana vengono visitati cento minori dall'equipe multiprofessionale. Attualmente il servizio ha in carico 1.185 bambini e adolescenti (Franco, 2022). Il CAPS i di Juazeiro è una struttura spaziosa che presenta all'esterno un vasto giardino in cui i bambini possono giocare o svolgere attività all'aperto. All'ingresso è presente una ampia sala d'attesa che si pone al centro della

struttura. Questo locale rappresenta anche il punto di ricevimento in cui il personale amministrativo (2 o 3 persone) indirizza i pazienti in una delle 5 stanze in cui avvengono le sedute individuali. Le sedute di gruppo, comprese quelle di Ativamente, sono tenute in una stanza più grande e riservata che risulta essere più funzionale per questo tipo di incontri. Nel periodo in cui si è svolta questa ricerca l'equipe multiprofessionale del CAPS i era composta da: un infermiere, 2 tecnici di infermeria, un assistente sociale, un educatore sociale, una psicopedagoga, 2 psicologi, 2 psichiatri, una logopedista e 4 stagisti di psicologia. Si tratta di un'equipe molto ampia che collabora per la gestione dei percorsi terapeutici dei pazienti in base alla propria professionalità indirizzando ai colleghi i pazienti a seconda delle loro esigenze. Come anticipato in precedenza, è proprio l'interdisciplinarietà il punto di forza dei CAPS. In particolare, gli psicologi del CAPS i si occupano principalmente di condurre colloqui individuali e di coordinare i gruppi terapeutici per bambini e adolescenti. Raphael Alves, uno dei due psicologi del CAPS i, ha supervisionato gli stagisti che lo hanno affiancato nell'organizzazione e nella gestione del gruppo psicoterapeutico Ativamente. Inoltre, al termine di ogni settimana l'equipe si aggiorna e si coordina alla fine di ogni settimana durante un incontro di gruppo, in cui viene discusso l'andamento del CAPS, le problematiche, le necessità di ciascuno e le prospettive future. Per capire come sono stati indirizzati i bambini del gruppo terapeutico Ativamente bisogna descrivere brevemente il processo di gestione del PTI dell'utente. Il minore che entra per la prima volta nel CAPS i va incontro al momento di primo accoglimento del paziente. Si tratta di un incontro individuale in cui l'utente spiega il motivo del suo malessere e restituisce allo psicologo un quadro della sua storia personale e familiare. Viene ascoltato per primo il minore e, in seguito, avviene separatamente un incontro anche con il genitore o tutore. È un momento molto delicato in quanto alla fine

del colloquio avviene l'orientamento del paziente. Il professionista che visita il minore deve comprendere quali sono i suoi bisogni reali (se ce ne sono) e la gravità della sua compromissione funzionale per capire a che percorso di cura avviarlo, che sia all'interno o all'esterno del CAPS i. I minori invitati a partecipare ai gruppi terapeutici sono bambini o adolescenti che spesso riportano difficoltà nella propria sfera relazionale e hanno quindi bisogno di migliorare le proprie capacità relazionali. In questi casi il gruppo assolve la funzione di contenitore sicuro in cui i bambini possono imparare a confrontarsi su questioni personali con i propri coetanei (Cardoso & Seminotti, 2006). I gruppi terapeutici all'interno del CAPS i si concentrano principalmente sul sostegno reciproco, sulla condivisione di esperienze e di strategie di coping per affrontare sfide specifiche. Possono essere utilizzati diversi approcci terapeutici, come la terapia cognitivo-comportamentale, l'arte terapia, la gioco terapia o la psicoeducazione, a seconda delle esigenze del gruppo. L'obiettivo principale di un gruppo terapeutico del CAPS i è fornire sostegno emotivo, istruzione e risorse a persone che condividono un problema comune (Cavalcanti, 2023). L'attenzione si concentra sul miglioramento del benessere emotivo e sull'acquisizione di competenze per affrontare le sfide specifiche del gruppo. Il ruolo dello psicologo all'interno del gruppo è quello di facilitare la creazione di vincoli fra i componenti e di promuovere l'autonomia del gruppo nello svolgere il compito assegnato (de Bairos, 2020). Il gruppo terapeutico può essere condotto non solo da uno psicologo, ma anche da altri professionisti (assistente sociale, terapeuta occupazionale...) a seconda delle esigenze del gruppo. La struttura e il percorso di questo tipo di gruppi è molto variabile e dipende da diversi fattori, ma bisogna riconoscere che ogni gruppo rappresenta un dispositivo di produzione collettiva di significato in cui i partecipanti condividono le loro esperienze e la sofferenza psicologica che ne deriva. La condivisione di momenti e lo

scambio di esperienze aiuta i bambini a comprendere sé stessi e gli altri, promuovendo il loro benessere individuale e il loro inserimento nella società (Azevedo & Miranda 2011).

In conclusione, dal quadro offerto in questo capitolo emerge come la salute mentale dei minori in Brasile sia minacciata e aggravata da alcune problematiche sociali rilevanti. Allo stesso tempo, lo stato brasiliano ha cercato negli anni di riformare il sistema per affrontare queste sfide creando una rete che si prendesse cura non soltanto dei sintomi psichici del paziente, ma che aspirasse a reintegrarlo all'interno della società. L'esempio del CAPS ci dimostra che i centri specializzati nell'assistenza psicosociale in Brasile permettono la cooperazione di diverse figure professionali e l'impiego di diverse tecniche di cura per assolvere a tale obiettivo. Pertanto, nonostante i limiti ancora presenti all'interno del sistema di assistenza, è importante riconoscere i passi in avanti che il nuovo modello di assistenza ha compiuto in termini di intersectorialità e presa in carico completa del paziente.

CAPITOLO 3: IL METODO DELLA RICERCA

Il capitolo seguente va ad esaminare il percorso terapeutico di bambini (9 – 13 anni) che hanno partecipato al gruppo Ativamente. La terapia di gruppo oggetto della ricerca ha l'obiettivo di incrementare la capacità di gestione delle emozioni in un gruppo di bambini della città di Juazeiro, in Brasile. Le sedute sono state coordinate da un gruppo di stagisti di psicologia supervisionati da uno dei due psicologi del CAPS i. Lo studio si propone di comprendere l'esperienza dei bambini analizzando l'evoluzione della terapia di gruppo dal punto di vista dei partecipanti. Il metodo usato per questa ricerca è lo studio di caso. L'APA ha definito lo studio di caso come: *“un'indagine approfondita su un singolo individuo, una famiglia, un evento o un'altra entità. Vengono assemblati diversi tipi di dati (psicologici, fisiologici, biografici, ambientali), per comprendere, ad esempio, il background, le relazioni e il comportamento di un individuo”* (APA, 2023c).

Questo tipo di disegno di ricerca consente di ricostruire in maniera efficace i momenti in cui si è sviluppata la terapia di gruppo. Nello specifico, usare questo metodo di analisi ha permesso di indagare in modo approfondito come sono state vissute le sedute dai bambini e il modo in cui il percorso terapeutico ha influenzato lo sviluppo delle loro competenze emotive. In questa ricerca, lo studio di caso è stato utilizzato per analizzare il percorso terapeutico del gruppo di gestione delle emozioni Ativamente. In particolare, è stato utilizzato lo studio di caso narrativo il cui scopo è quello di *“raccontare la storia”* della terapia per arrivare a trasmettere cosa vuol dire essere un partecipante (McLeod, 2010). Questo tipo di metodologia è utile per esprimere il significato della terapia dal punto di vista di chi ne fa esperienza. Lo studio di caso narrativo non rappresenta un singolo approccio con principi metodologici fissi, ma si basa principalmente su un'ampia

raccolta di informazioni rilevanti per l'obiettivo di ricerca. L'approccio della seguente ricerca al caso di studio riconosce la riflessività del ricercatore come principale strumento per la raccolta, l'interpretazione e la rappresentazione dei dati (Etherington & Bridges, 2011). Il ricercatore si pone in una posizione curiosa e aperta per focalizzarsi su domande che aiutino a comprendere il contesto culturale, il significato degli eventi, dei comportamenti, dei sentimenti e delle idee (Anderson & Gehart, 2012). In conclusione, la seguente ricerca si basa su un archivio di dati raccolti tramite interviste, documenti d'archivio, registrazioni, diari, artefatti fisici, e alcune scale di valutazione.

Nel seguente capitolo verranno inizialmente presentati i partecipanti della ricerca. In seguito, sarà descritta la struttura delle sedute di gruppo. Si procederà poi a presentare la modalità di raccolta dati utilizzata e come sono avvenute le analisi dei risultati.

3.1 Partecipanti

I partecipanti della ricerca realizzata sono gli utenti del CAPS i che hanno preso parte agli incontri del gruppo Attivamente. Per tutelare la loro privacy i loro nomi sono stati sostituiti da degli pseudonimi. Gli utenti che hanno partecipato al gruppo terapeutico almeno una volta sono 16, metà maschi e metà femmine. Il gruppo era rivolto a bambini di età compresa tra i 9 e i 13 anni ma hanno partecipato al secondo incontro anche bambini di età inferiore. Avere partecipanti alla terapia di gruppo che siano all'interno di una fascia di età predefinita è un presupposto fondamentale per una buona pratica. Infatti, per condurre una terapia di gruppo efficace è fondamentale che i partecipanti condividano un background omogeneo che consenta di lavorare su competenze simili. Inoltre, nonostante siano 16 i bambini che hanno preso parte ad almeno una seduta, solo 8 sono risultati casi

davvero significativi. Tali partecipanti sono da considerare rilevanti perché hanno frequentato in maniera continuativa almeno 3 incontri e perché hanno avuto un ruolo importante per il gruppo terapeutico. Di seguito, verrà fatta una breve presentazione del motivo per cui i bambini sono stati attenzionati dal CAPS e il quadro clinico di questi pazienti chiave in base a quanto riportato sui prontuari del CAPS i. In tabella 1 sono presentate le caratteristiche anagrafiche dei bambini che hanno partecipato alla terapia di gruppo, il numero delle presenze al gruppo e il quadro clinico inteso come il motivo del ricovero o la presenza di un disturbo mentale.

Nome	Genere	Età	Presenze	Motivo
Ana Fabricia	F	10	5	Schizofrenia
Sergio	M	-	1	-
Tailane	F	12	1	-
Alexandrina	F	-	1	-
Erik	M	10	2	Schizofrenia/ disturbo bipolare
Laisè	F	10	4	Crisi d'ansia
Ícaro	M	13	4	Abuso sessuale
Gregório	M	13	1	-
Maysa	F	13	1	-
Cicero	M	10	4	Morte genitore
Egídio	M	8	1	-
Emílio	M	5	1	-
Thiago	M	9	3	ADHD/morte genitore
Janaina	F	11	3	Abuso sessuale
Fernanda	F	12	2	Abuso sessuale/ tentato suicidio
Rafaela	F	-	1	-

Tabella 1: I partecipanti del gruppo terapeutico Ativamente

La prima, Ana Fabrica, è l'unica ad aver partecipato a tutti gli incontri. È entrata nel servizio perché presentava allucinazioni visive e uditive. Dopo aver preso parte ad un percorso clinico individuale e di gruppo le è stata diagnosticata la schizofrenia. Erik è un bambino di 10 anni, è stato preso in carico dal CAPS i già più di un anno a causa del suo comportamento oppositivo-provocatorio. Infatti, Erik litiga spesso con i coetanei e infrange le regole. Due psichiatri diversi gli hanno diagnosticato prima la schizofrenia e poi il disturbo bipolare. Laisè ha avuto 3 episodi di crisi d'ansia e per questo motivo è stata portata al CAPS i dai suoi genitori. Icaro è stato indirizzato al servizio dalla Prefettura di Juazeiro in seguito ad una segnalazione di abuso sessuale. Cicero è stato accompagnato al CAPS i dalla nonna dopo la morte improvvisa della madre del bambino. Thiago è un bambino di 9 anni, è seguito dall'equipe del CAPS già dal 2018, mostra un alto stato di attivazione e di agitazione. Gli è stata diagnosticata il disturbo da deficit attenzione/iperattività (ADHD) dallo psichiatra del CAPS i. Suo padre è stato assassinato mentre lavorava. Janaina è una delle ultime bambine ad entrare nel gruppo Ativamente. Viene indirizzata al gruppo su segnalazione dell'infermiera del CAPS i, in seguito al colloquio di primo accoglimento in cui emerge che la bambina è stata vittima di abuso sessuale all'interno della sua scuola. L'ultima partecipante di riferimento si chiama Fernanda. Fernanda è arrivata al CAPS i dopo esser stata più volte vittima di abusi sessuali e aver tentato il suicidio. Questi bambini presentano storie e caratteristiche diverse, ma condividono tutti una vulnerabilità di base e una difficoltà nella socializzazione dovuta anche alla difficoltà nell'elaborare il proprio vissuto emotivo. Per questo motivo sono stati invitati a partecipare al gruppo terapeutico Ativamente.

3.2 Descrizione del gruppo terapeutico Ativamente

Come già anticipato nel capitolo precedente, i criteri di selezione per partecipare al gruppo terapeutico sono stati stabiliti dallo psicologo del CAPS i, il quale aveva fatto richiesta ai professionisti della struttura di indirizzare al gruppo i bambini che mostrassero disregolazione emotiva e difficoltà nella socializzazione. Prima dell'inizio del gruppo terapeutico è stato fatto firmare il consenso informato al coordinatore del CAPS i per il trattamento dei dati dei minori. I partecipanti del gruppo sono cambiati durante i primi tre incontri, in quanto lo psicologo del CAPS i ha stabilito di lasciare la possibilità a nuovi partecipanti di entrare fino a quando non si è costituito un nucleo fisso di 7-8 bambini. Dal terzo incontro i componenti sono rimasti gli stessi evidenziando un solo caso di drop-out nell'ultima seduta. La mutevolezza del gruppo è dettata anche dal turnover tipico dei gruppi terapeutici all'interno di una struttura ambulatoriale come il CAPS i. Il cambiamento costante dei partecipanti è spesso dovuto dalla difficoltà dei genitori ad accompagnare i bambini e dalla mancata comprensione dell'importanza del percorso terapeutico (Bandeira & Onocko-Campos, 2021).

L'intervento si è sviluppato in 5 sedute di gruppo di 90 minuti ciascuna nell'arco di 3 mesi, tra il 25 ottobre e il 12 dicembre 2022. Gli incontri si sono svolti a cadenza bisettimanale seguendo la struttura presentata nella sezione riguardante i gruppi terapeutici. Uno psicologo del CAPS i ha supervisionato e coordinato un gruppo di facilitatori formato da quattro stagisti di psicologia e due infermiere, proponendo i temi da trattare durante le sedute e stabilendo gli obiettivi terapeutici a seconda delle esigenze degli utenti. Il gruppo di facilitatori ha avuto il compito di organizzare le attività terapeutiche sotto la supervisione dello psicologo, di co-condurre gli incontri e di osservare i comportamenti dei bambini. L'obiettivo del gruppo Ativamente è stato quello

di dare degli strumenti ai partecipanti per conoscere e saper gestire le proprie emozioni. Ciascuna seduta è stata strutturata in più fasi. Il primo momento consisteva nella presentazione generale dei partecipanti e dei nuovi arrivati seguita dalla lettura del contratto di convivenza, ovvero un insieme di regole a cui aderire per creare un clima di gruppo positivo. La seconda fase era dedicata alla psicoeducazione. I facilitatori del gruppo si sono impegnati a spiegare i temi della seduta in un'ottica psicologica comprensibile ai bambini. La parte centrale degli incontri era incentrata sulla messa in atto di strategie terapeutiche interattive in cui i partecipanti potessero esprimere liberamente i propri pensieri e sentimenti. Alla fine veniva chiesto ai partecipanti di condividere un feedback sulla seduta o anche solamente una parola che rappresentasse l'incontro.

Terapia di gruppo Attivamente per la gestione delle emozioni: programma e contenuti delle sedute	
1.	Coesione del gruppo e percezione di sé
2.	Conoscenza e identificazione delle emozioni tramite l'arte
3.	Gestione delle emozioni attraverso l'insegnamento di tecniche di rilassamento
4.	Comprensione e gestione delle situazioni emotive
5.	Sviluppo della fiducia per l'espressione delle emozioni

Tabella 2: i contenuti delle sedute del gruppo terapeutico Attivamente

Nella Tabella 2 vengono presentati i contenuti principali che sono stati affrontati durante il corso delle sedute. All'inizio del percorso si è cercato di creare confidenza per consentire lo sviluppo di un clima positivo all'interno del gruppo. È stato presentato il contratto terapeutico e i temi della terapia di gruppo. In seguito, ci si è concentrati sull'insegnamento delle emozioni di base e della percezione di esse all'interno del proprio

corpo attraverso l'uso della pittura. Dal terzo incontro, invece, è stato introdotto il tema della gestione delle emozioni e sono state presentate alcune tecniche di rilassamento. Il penultimo incontro si è incentrato sulla presentazione di situazioni emotive quotidiane attraverso il gioco. Infine, il percorso si è concluso con alcune attività di gioco terapia che si proponevano di far riflettere i bambini sull'importanza della fiducia reciproca, indispensabile per riuscire a esprimere i propri sentimenti senza vergogna.

3.3 Raccolta dati

La costruzione del corpus dei dati della ricerca è avvenuta attraverso la raccolta da diverse fonti di dati. Yin evidenzia l'importanza dell'utilizzare fonti multiple di evidenza per raccogliere informazioni in uno studio di caso (Yin, 2018). Il vantaggio che la ricerca ne può trarre consiste principalmente nello sviluppare linee di ricerca parallele che possono convergere nel confermare o meno una determinata conclusione. In particolare, Yin presenta sei fonti di dati rilevanti per lo studio di caso: i documenti, i dati d'archivio, le interviste, l'osservazione diretta, l'osservazione partecipante e gli "artefatti fisici", ovvero qualsiasi oggetto o evidenza fisica (Yin, 2018). Durante la ricerca i dati sono stati archiviati in un database in cui sono stati divisi a seconda del tipo di strumento di raccolta utilizzato. Il database contiene separatamente documenti, fonti d'archivio, artefatti fisici, interviste e alcuni strumenti di valutazione degli incontri. In una sezione a parte è stato raccolto il resoconto dell'osservazione partecipante. È stato usato un unico documento Word per comporre il diario di campo della ricerca, in cui sono stati riportati separatamente la descrizione dei fatti oggettivi e i dati più soggettivi quali le sensazioni, le emozioni e le riflessioni dell'autore. I documenti raccolti comprendono: un documento Word condiviso su Google Drive su cui ha lavorato l'équipe che ha coordinato il gruppo

terapeutico, la lista delle presenze alle sedute e il registro degli incontri di gruppo in cui, oltre al tema del giorno, viene riportato il nome di tutti i partecipanti all'incontro, compresi eventuali coordinatori o facilitatori. Le fonti d'archivio raccolte sono costituite dalle foto degli otto prontuari dei minori che rappresentano i testimoni chiave di questa ricerca. I prontuari sono contenuti negli archivi del CAPS i e sono cartacei. Il prontuario di ciascun minore comprende una prima scheda in cui vengono riportati tutti i dati rilevati dall'anamnesi iniziale e tutti i rapporti delle visite effettuate dai professionisti del CAPS i. L'osservazione partecipante delle sedute di Ativamente ha rappresentato una fonte di dati importante. Infatti, è stato possibile registrare gli incontri e scattare delle foto. Gli "artefatti fisici" raccolti sono i materiali creati durante le sedute. In particolare, si tratta delle pitture che i bambini hanno realizzato per localizzare le emozioni nel secondo incontro. Oltre alle pitture, nel database sono presenti alcuni materiali usati durante le sedute come il cartellone in cui sono state presentate le emozioni secondarie, un dado con raffigurate le emozioni di base, otto fogli in cui sono presentati un luogo e un'emozione specifica, una ruota con su scritte dieci strategie di difesa, un cartellone con una frase sulla fiducia. Un'altra fonte di dati rilevante è data dalle interviste semi strutturate, ovvero quella tipologia di interviste in cui vengono presentate domande specifiche nello stesso ordine e che lascia la libertà all'intervistato di approfondire alcune tematiche legate alle domande. Le interviste sono state somministrate a cinque bambini del gruppo e prevedevano tre domande incentrate sui temi dell'autoconsapevolezza emozionale, della regolazione delle emozioni e delle abilità interpersonali. Nella tabella 3 sono riportate le domande effettuate durante le interviste ai bambini.

Domanda 1	<i>Pensi che le sedute di gruppo siano state utili per conoscere meglio le tue emozioni?</i>
Domanda 2	<i>Ritieni che quanto appreso da questi incontri ti aiuterà a gestire le emozioni scatenate da una situazione?</i>
Domanda 3	<i>Dopo queste sedute, ritieni che sia ti sarà più facile fare nuove amicizie o mantenere quelle che già hai?</i>

Tabella 3: Le domande delle interviste semistrutturate

Nel corso dello studio si è cercato di raccogliere dati quantitativi attraverso strumenti di valutazione degli incontri che fossero comprensibili ai bambini, per questo motivo si è deciso di utilizzare due adattamenti in portoghese di scale già validate. Uno di questi prende spunto dalla scala utilizzata da Mouw e colleghi per misurare lo stato emotivo dei bambini alla fine dell'incontro (Mouw et al., 2019). I bambini hanno valutato la valenza (tristezza – felicità) e l'intensità (calma – agitazione) delle proprie emozioni su due scale Likert a 5 fattori in cui il valore 1 rappresenta una valenza negativa e un arousal basso mentre il valore 5 indica una valenza positiva e un alto arousal (*Figura 3*).

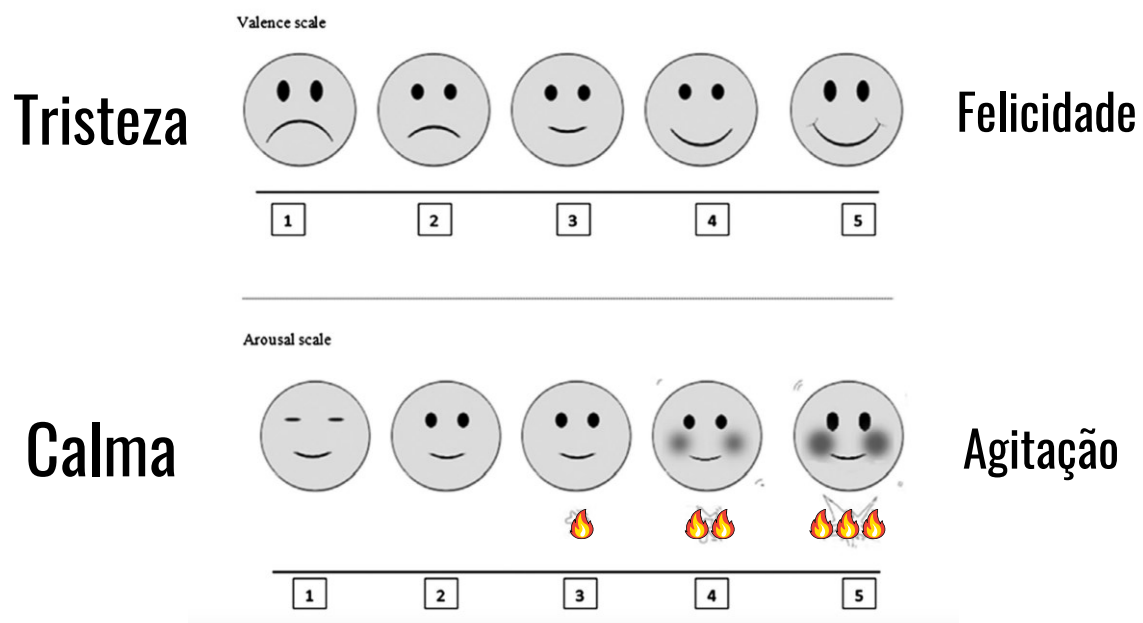


Figura 3: La Scala Likert a 5 fattori usata per valutare lo stato emotivo dei bambini durante il 4 incontro

Infine, durante la conclusione dell'ultimo incontro è stato somministrato un questionario self-report per valutare la frequenza, l'intensità e l'autocontrollo delle loro emozioni positive (felicità, eccitamento) e negative (tristezza, paura, rabbia) nei 30 giorni precedenti alla compilazione del questionario. Il test è la traduzione in portoghese del questionario "How i feel" sviluppato da Walden e colleghi ed è composto da 30 item (Walden et al., 2003). Nel questionario viene chiesto di valutare gli item su una scala Likert a 5 fattori (1 = "non sono per niente d'accordo"; 5 = "sono molto d'accordo").

In conclusione, l'utilizzo di diversi fonti di dati per la valutazione dei minori ha permesso di comprendere in modo più dettagliato e oggettivo il vissuto emotivo dei bambini che hanno partecipato al gruppo terapeutico.

3.4 Procedura

Gli strumenti di raccolta dati appena presentati sono stati somministrati in momenti diversi della ricerca, in base alla possibilità di accedere ai dati, ai tempi di formazione del gruppo principale e alla disponibilità dei partecipanti. La tabella 4 esemplifica il processo di raccolta dati. Fin dal primo incontro è avvenuta la registrazione delle cinque sedute. Le interviste sono state realizzate privatamente dall'autore della ricerca subito dopo la fine della terapia di gruppo. Le interviste sono avvenute in tre momenti diversi: dopo il termine nel terzo, quarto e quinto incontro. Rispetto agli artefatti fisici, durante il secondo incontro i bambini hanno pitturato delle sagome corporee dipingendo le emozioni di rabbia, tristezza e felicità presentate tramite dei filmati. In seguito, i bambini hanno dovuto pitturare su un'altra sagoma il sentimento che stavano provando. Si è trattato di un esercizio di localizzazione corporea delle emozioni. Gli strumenti di valutazione quantitative sono state somministrati a tutti i partecipanti durante la parte finale delle ultime due sedute di gruppo: l'adattamento della scala di Mouw alla fine della 4° seduta, mentre la traduzione del questionario self-report "How I feel" è stato compilato all'ultimo incontro. Le descrizioni degli incontri e le riflessioni scaturite dalle sedute sono state riportate all'interno del diario di campo subito dopo il termine degli incontri. Le fonti di archivio quali le foto dei proutuari e del registro di gruppo sono state scattate dopo la conclusione del gruppo terapeutico Ativamente in modo tale da poter avere una visione completa dei resoconti scritti dall'equipe.

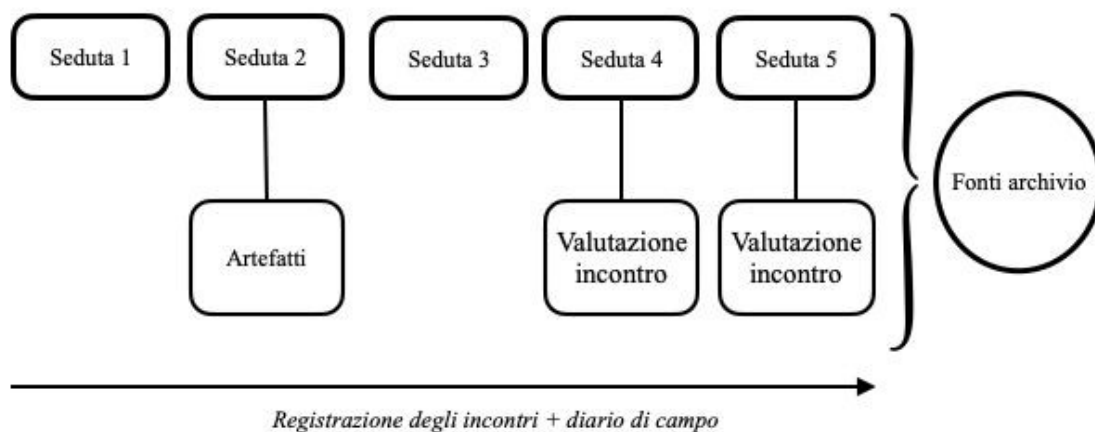


Figura 4: La procedura di raccolta dati

3.5 Analisi dei dati

L'analisi dei dati è avvenuta tramite la triangolazione di strumenti di raccolta dati diversi quali le fonti d'archivio, il diario di campo, le registrazioni degli incontri e delle interviste e le valutazioni degli incontri, come suggerito per il corretto svolgimento di uno studio di caso (Yin, 2018). Per l'analisi delle principali fonti d'archivio, ovvero i prontuari individuali e di gruppo, si è proceduto a selezionare i dati rilevanti dei pazienti per il caso di studio. Attraverso l'analisi del contenuto dei prontuari è stato possibile inquadrare il quadro clinico del paziente all'interno del gruppo e la sua evoluzione durante gli incontri. Allo stesso tempo, i dati raccolti tramite il diario di campo sono stati analizzati ritrovando delle tendenze nei comportamenti dei bambini che saranno poi confermate nell'analisi tematica delle trascrizioni e dai prontuari stessi. La fonte di dati che ha fornito il corpus maggiore di informazioni è stata l'analisi tematica delle trascrizioni delle sedute e delle interviste, per cui è stato usata la metodologia di Braun & Clarke (2006). Lo scopo principale è stato quello di rintracciare i temi emersi con maggior frequenza in relazione alla domanda di ricerca, ovvero il modo in cui la crescita emotiva dei bambini sia stata

influenzata dal percorso terapeutico del gruppo Attivamente. L'analisi tematica di questa ricerca ha seguito un approccio induttivo, ovvero affidandosi più alle evidenze emerse dall'analisi dei dati senza partire da una teoria di riferimento. Braun & Clarke hanno definito alcune fasi necessarie per eseguire correttamente un'analisi tematica (Braun & Clarke, 2006). In primis avviene una familiarizzazione con i dati attraverso una lettura e rilettura delle trascrizioni. In seguito, vengono generati dei codici da un primo processo di analisi del testo che sono poi raggruppati all'interno di temi potenziali. Dai codici si cerca di individuare alcuni pattern simili all'interno dei temi discussi dai bambini. Tali pattern possono identificare delle tendenze o aspetti in comune tra i partecipanti. In una fase successiva viene effettuato un controllo della logicità dei temi in relazione agli schemi evidenziati. La parte finale dell'analisi tematica consiste nel dare una definizione chiara a ciascun tema e stabilire una gerarchia di importanza con i sotto-temi individuati dai pattern. La presentazione dell'analisi avviene in maniera narrativa tramite la stesura di un rapporto. In questo studio di caso, le tendenze individuate durante l'analisi tematica sono state confrontate e integrate dai risultati emersi dagli altri strumenti di raccolta dati come le fonti di archivio, il diario e le valutazioni degli incontri. Rispetto a quest'ultima fonte di dati bisogna fare alcune considerazioni. L'utilizzo di item misurati su scale Likert con bambini potrebbe presentare limiti per quanto riguarda la validità dei risultati a causa dell'età e della cultura dei partecipanti. Nonostante ciò, l'analisi descrittiva delle frequenze dei punteggi ottenuti dai bambini ha permesso di ottenere una panoramica sulla frequenza, intensità e autocontrollo delle emozioni positive ed emotive, evidenziando delle costanti o dei cambiamenti nel loro vissuto emotivo. Per l'analisi delle frequenze del questionario sono state raccolti tutti i punteggi dei bambini nei questionari per le variabili della frequenza, dell'intensità e dell'autocontrollo per le emozioni positive e

negative. In seguito, è stata calcolata la media dei punteggi per ogni variabile. Infine, oltre all'analisi tematica e delle frequenze, è stata effettuata un'analisi visiva delle pitture realizzate al termine del secondo incontro in cui i bambini hanno localizzato a livello corporeale alcune emozioni presentate e le emozioni percepite nel periodo della seduta terapeutica. In conclusione, nonostante alcuni dati siano difficile da esaminare secondo una modalità standardizzata, dall'analisi dei diversi strumenti dello studio di caso emergono alcuni risultati che seguono delle tendenze compatibili. Tali risultati saranno presentati nel prossimo capitolo.

CAPITOLO 4: RISULTATI

Nel seguente capitolo verranno esposti i risultati emersi dall'analisi comparata dei dati raccolti tramite gli strumenti esposti nel capitolo precedente. I risultati esprimono le tematiche e le tendenze emerse dalle sedute del gruppo terapeutico Ativamente. Infine, verranno discussi i risultati e presentate le limitazioni della ricerca.

4.1 Osservazione del gruppo terapeutico

Di seguito saranno presentati i principali temi che sono emersi durante le sedute di gruppo, mettendo così in luce gli argomenti su cui i partecipanti si sono concentrati maggiormente. All'inizio degli incontri i bambini sono apparsi molto nervosi e chiusi in loro stessi facendo pochi interventi e limitati a qualche parola. Dal secondo incontro, si è iniziato a formare un nucleo di partecipanti stabili che è rimasto pressoché uguale fino alla fine dell'intervento. I bambini hanno cominciato ad esprimersi in misura maggiore anche grazie all'elaborazione di strategie terapeutiche più interattive, come l'arte o il gioco. Queste hanno aiutato a creare la confidenza reciproca necessaria per aprirsi maggiormente non solo sulle loro esperienze emotive, ma anche rispetto al loro vissuto personale. Per i partecipanti il gruppo terapeutico Ativamente è diventato un luogo sicuro in cui sviluppare la capacità di condividere con gli altri i propri sentimenti. I temi affrontati si sono focalizzati su tematiche sempre più legate alle loro esigenze e all'analisi più profonda e intima di alcuni aspetti della loro emotività. I bambini hanno spesso fatto fatica ad esporsi, ma comunque si sono messi in discussione e hanno partecipato sempre di più. Alla fine degli incontri si sono formate delle amicizie tra i partecipanti del gruppo. In conclusione, dalla descrizione delle sedute del gruppo Ativamente emerge come la

socializzazione tra i membri del gruppo sia migliorata parallelamente alla loro capacità di comunicare, gestire ed esprimere le proprie emozioni all'interno del gruppo.

4.1.1. Comprensione e riconoscimento delle emozioni

Il focus principale degli incontri di gruppo riguarda il modo in cui i bambini imparano a comprendere le emozioni presentate durante le sedute riconoscendole in sé stessi e negli altri. Durante le prime sedute i bambini mostrano un livello di alfabetizzazione emotiva limitato: *“L'emozione per me era solo emozione. Non era niente [...] Penso che l'unica cosa che sapevo sulle emozioni prima di questi incontri riguardava le emozioni di rabbia e felicità”* (J.). Negli incontri successivi i partecipanti iniziano a padroneggiare meglio le emozioni di base e riescono a esprimere a parole i significati di sentimenti più complessi come la solitudine: *“É un sentimento di colpa verso i genitori o gli amici. Ti preoccupi per te stesso, ed è per questo che sei triste.”* (R.). Verso la conclusione del percorso i partecipanti capiscono l'importanza di saper distinguere e comprendere le proprie emozioni: *“Quando sarò angosciata, chiusa e di basso umore saprò che cosa sto sentendo.”* (J.). Infine, i bambini riconoscono anche che il loro vissuto emotivo è condiviso con altre persone, riescono a mostrare empatia comprendendo le emozioni dei loro compagni di gruppo. *“Quando sono in gruppo smetto di pensare alle cose che mi agitano quando sono sola. Là ci sono persone che capiscono, che hanno passato quasi la stessa cosa.”* (F.). Un dettaglio importante riguarda la capacità dei bambini di riconoscere con più facilità le emozioni di paura e rabbia che, in alcuni casi, vengono attribuite al posto di altre emozioni. L'emozione che i bambini hanno fatto più fatica a riconoscere è stata la vergogna, spesso scambiata con la paura o con la rabbia.

4.1.2 L'espressione delle emozioni: la vergogna

Per quanto riguarda l'espressione emotiva, il sentimento della vergogna è stato predominante. Infatti, i bambini nelle interviste hanno riportato di sentirsi inadeguati o in imbarazzo nel dover parlare in gruppo durante gli incontri: *“Ogni volta che devo parlare davanti ad altre persone ho vergogna fin da piccola.”* (F.). È un'emozione che ha accompagnato le sedute di gruppo fin dall'inizio e quando, nella quarta seduta, si è parlato esplicitamente di vergogna tutti i bambini hanno riferito di averla sperimentata. Per alcuni bambini la difficoltà ad esprimersi si associa ad un sentimento di paura e nervosismo: *“Quando sono in macchina per venire al CAPS i ho paura. Ci puoi raccontare perché? Perché sono nervosa. Quando vieni per il gruppo? Sì, mi vergogno e ho paura.”* (A.F.). La fiducia gioca un ruolo importante nell'influenzare lo stato emotivo dei bambini. In particolare, la mancanza di fiducia può portare a sentimenti di inadeguatezza e di vergogna. Per questo motivo, durante le sedute la discussione si è concentrata più volte sul tema della fiducia: *“Cosa pensi che ti stia bloccando nel condividere i tuoi pensieri e le tue emozioni? Penso sia la fiducia. Tu hai fiducia dei tuoi amici e delle persone che ti sono vicino? Non molta, non mi sento sicuro a dire le cose e ho paura di parlare.”* (C.). Con il passare degli incontri, alcuni dei partecipanti hanno iniziato a sviluppare un maggior senso di fiducia nell'altro: *“Il gruppo terapeutico mi sta aiutando a fidarmi delle persone, prima non mi fidavo di nessuno.”* (J.). Questa maggior apertura ha permesso ai partecipanti di esprimere maggiormente i propri sentimenti. Una volta sbloccata la paura di intervenire, la rabbia è stata l'emozione espressa con maggior frequenza nei modi e nei contenuti dei racconti di vita personale dei bambini: *“Un giorno ho provato molta rabbia e ho perso il controllo parlando male della mia amica con altre persone.”* (L.).

4.1.3 La gestione delle emozioni

Si è discusso delle principali strategie per la gestione delle emozioni a partire dal terzo incontro. Le tecniche di regolazione delle emozioni discusse sono strategie elementari, adeguate al livello dell'età dei partecipanti. In questa seduta sono state presentate alcune tecniche di rilassamento come la respirazione diaframmatica e la meditazione. Laisè era l'unica bambina a conoscerle avendo già affrontato varie crisi d'ansia: *“Quando mi trovo in questo tipo di crisi tutti mi dicono che devo respirare a fondo [...] quando mi sento peggio mi prendo un po' di tempo, medito, aumento la respirazione e mi calmo.”* (L.). Gli altri partecipanti si sono mostrati interessati e hanno compreso che queste strategie potessero rivelarsi utili per la gestione delle emozioni di rabbia e ansia diffuse nel gruppo. In particolare, la respirazione diaframmatica è stata la tecnica più apprezzata dal gruppo: *“Tra quelle trattate, c'è un tipo di strategia di gestione delle emozioni che ti è piaciuta di più e che pensi metterai in pratica? Prendersi cura della respirazione.”* (C.). Nonostante ciò, nelle sedute di gruppo è emerso come i bambini utilizzino una strategia di gestione emotiva disadattiva come l'evitamento: *“Devo stare qui. E cosa pensi che ti potrebbe aiutare? Andare a casa.”* (A.F.), *“Nessuno fa niente quando sente vergogna? Me ne vado dalla stanza”* (T.). Allo stesso tempo, nel corso degli incontri i bambini si sono confrontati su diverse strategie funzionali per regolare le emozioni. In particolare, la gestione della tristezza è stato il tema più dibattuto. I partecipanti di Ativamente hanno identificato spesso come strategia funzionale l'impegnarsi in attività piacevoli: *“quando sono triste vado a correre.”* (L.); *“In quei casi cerco di divertirmi”* (R.); ma soprattutto hanno riconosciuto più volte l'importanza della

rivalutazione cognitiva della situazione: *“Perché ti senti triste? Per il mio papà. Come affronti la tristezza? Penso a cose positive.”* (T.).

In conclusione, dall’osservazione del gruppo emerge un miglioramento nel riconoscimento delle emozioni, la difficoltà ad esprimersi per la vergogna e un interesse nel conoscere le tecniche di gestione delle emozioni. Inizialmente i bambini classificavano la maggior parte delle emozioni nella rabbia e nella paura. Invece, con il susseguirsi degli incontri, hanno imparato a riconoscere emozioni più complicate come la solitudine. Uno degli obiettivi del gruppo era infatti aumentare l’alfabetizzazione e il riconoscimento delle emozioni di ciascun bambino. Riconoscere le emozioni permette quindi di poterne differenziare l’espressione. La comunicazione dei sentimenti è stata frenata a causa della vergogna nel condividere con il gruppo la propria esperienza emotiva. Infine, i bambini hanno riportato di aver appreso alcune tecniche funzionali per la gestione delle emozioni, tra cui la respirazione diaframmatica e la rivalutazione cognitiva della situazione.

4.2 Il cambiamento individuale dei bambini

Come anticipato precedentemente, la vergogna ha messo alla prova la comunicazione all’interno del gruppo terapeutico, ma solamente la metà dei partecipanti non è stata in grado di superare il senso di inadeguatezza che ne deriva. Il resto dei bambini è riuscito ad esprimere maggiormente il proprio vissuto emotivo e ciò gli ha consentito di fare dei progressi nello sviluppo delle loro abilità emotive. Le emozioni che i ragazzi condividono durante il gruppo e le interviste riguardano principalmente un trauma che hanno vissuto (abuso, violenza o morte di un genitore). La rabbia e la paura sono emozioni espresse frequentemente dai bambini: *“I genitori non capiscono quello*

che stiamo provando. Ci sono persone che provano sentimenti di rabbia” (J.); “E tutte le volte che li incontro sono molto spaventata e mi manca l’aria [...] abbiamo paura.” (L.). A volte, questa rabbia e paura generano in loro anche tristezza: “Provo più paura, ma comunque questa paura genera tristezza perché aspettare questa cosa paurosa ti rende triste” (L.). Nei bambini che hanno perso un genitore il emerge frequentemente il sentimento tipico brasiliano della Saudade, un insieme di tristezza e malinconia: “Non riesco a dimenticarlo. A volte provo rabbia per le persone che parlano di lui e sento la sua saudade.” (T.) “Quando ti senti triste? Quando sento saudade di mia madre.” (C.).

Dalle dichiarazioni si capisce come per loro non sia facile tentare di mettere in atto delle strategie per gestire le emozioni: *“Vorrei un aiuto. Che tipo di aiuto? Vorrei fare qualcosa per non essere più arrabbiato. Ma mi dimentico come fare.” (T.).* Allo stesso tempo si evince che la terapia di gruppo abbia avuto un impatto positivo sulla loro esperienza emotiva legata al trauma: *“Come va la gestione della rabbia? Sta migliorando” (T.); “Dopo che ho cominciato ad imparare qui, riesco a vivere meglio.” (L.).* Infatti, i bambini intervistati o osservati durante le sedute riportano di aver tratto beneficio dalle strategie apprese durante la terapia di gruppo. L’insegnamento di tecniche di gestione delle emozioni ha dato ai bambini la possibilità avere nuovi strumenti per fronteggiare le proprie emozioni.

4.3 Le valutazioni degli incontri

Oltre ai temi emersi dall’analisi tematica, alla fine degli incontri sono state effettuate altre valutazioni per comprendere le capacità emotive dei partecipanti e conoscere le opinioni rispetto all’esperienza vissuta nel gruppo terapeutico. In primis, è avvenuta l’analisi visiva dell’esercizio artistico di riconoscimento corporeo delle

emozioni. Dai dipinti, che rientrano negli artefatti fisici, emerge che quasi tutti i bambini hanno riconosciuto in modo unanime il sentimento della rabbia colorando di rosso il petto della sagoma corporea, mentre per le altre emozioni c'è stata più eterogeneità (Figura 5). Nonostante ciò, la tristezza è stata localizzata principalmente nella parte degli occhi e del naso, mentre la felicità nella parte alta della testa. Infine, per quanto riguarda le emozioni percepite dai bambini, metà del gruppo ha dipinto completamente la sagoma corporea di giallo a indicare uno stato di felicità diffusa. A differenza del resto del gruppo, come riportato in Figura 5, due bambini hanno pitturato di rosso la testa e uno l'intera sagoma corporea, a indicare che la rabbia è stato il secondo sentimento più attribuito a sé stessi.



Figura 5: Gli artefatti fisici – la localizzazione corporea delle emozioni.

Inoltre, con l'obiettivo di comprendere in modo sempre più approfondito le competenze dei bambini del gruppo è stato somministrato un questionario volto ad indagare le principali emozioni esperite nei 30 giorni antecedenti alla compilazione. Il

questionario somministrato è composto da 30 item misurati tramite una scala likert a 5 punti. Gli item indagano tre dimensioni differenti: le emozioni positive, le emozioni negative e la percezione di autocontrollo. Dalla valutazione dei punteggi della scala di Mouw e colleghi si può osservare che i bambini hanno condiviso uno stato di felicità e calma (Mouw et al., 2019). Invece, dai punteggi nell'adattamento del questionario "*How i feel*" emerge come i bambini abbiano provato nell'ultimo mese emozioni positive e negative con la medesima frequenza, abbiano percepito più intensità nelle loro emozioni negative e abbiano fatto molta più fatica a controllare i loro sentimenti negativi rispetto a quelli positivi.

Quanto emerso dagli artefatti fisici e dalle risposte del questionario risulta essere in linea con le valutazioni dell'analisi tematiche e delle interviste. In conclusione, emerge maggiormente una difficoltà dei bambini a controllare le emozioni negative ma non a riconoscerle. Nello specifico, riconoscono la rabbia con maggiore facilità sia in sé stessi sia negli altri. Nonostante ciò, i partecipanti dimostrano di sperimentare un umore di base nella media, con una frequenza e un'intensità nello sperimentare emozioni positive e negative bilanciato.

4.4 Discussione dei risultati

Con il presente studio si è cercato di comprendere in che modo frequentare le sedute del gruppo terapeutico Attivamente abbia influenzato lo sviluppo di competenze emotive nei bambini partecipanti. La competenza emotiva è un costrutto multidimensionale che, nella presente ricerca, è stato concettualizzato secondo la teoria di Saarni (Saarni, 1999). La psicologia dello sviluppo concepisce la competenza emotiva

come la capacità dell'individuo di comprendere le emozioni, regolarle e di utilizzarle negli scambi sociali.

Data l'ampiezza del costrutto, la ricerca si è focalizzata principalmente sugli aspetti specifici del riconoscimento e comprensione delle emozioni, dell'espressione emotiva e della gestione delle emozioni. La scelta di intervenire su queste abilità emotive è stata dettata dai bisogni psicosociali espressi dai bambini presi in carico dal servizio. L'esigenza dei bambini di migliorare le loro capacità socioemotive ha spinto nella direzione di adottare il gruppo terapeutico come strategia d'intervento. La letteratura mostra che i gruppi terapeutici del CAPS promuovono il benessere psicosociale degli utenti fornendo sostegno, condivisione di conoscenze e strategie di coping (Cavalcanti, 2023). Per condurre la presente ricerca è stato utilizzato lo studio di caso singolo in quanto metodologia che permette di approfondire lo studio di un fenomeno all'interno di un contesto in cui è difficile controllare le variabili presenti. I dati sono stati esaminati attraverso l'utilizzo di diversi strumenti di raccolta delle evidenze quali l'osservazione partecipante, le fonti d'archivio, il diario di campo, le interviste, gli artefatti fisici e le valutazioni degli incontri. In particolare, l'analisi dei dati si è concentrata sui temi emersi dalla triangolazione delle trascrizioni delle sedute, dalle interviste e dal diario di campo. L'analisi tematica dei trascritti è avvenuta secondo una modalità induttiva, cercando di far emergere dalle trascrizioni le risposte all'ipotesi di ricerca. Per effettuare l'analisi tematica sono state seguite le linee guida proposte da Braun e Clarke (Braun & Clarke 2006). I risultati dell'osservazione di gruppo indicano un'evoluzione tendenzialmente positiva del percorso terapeutico. Se nelle prime sedute i partecipanti si sono chiusi in sé stessi, alla fine degli incontri i vari bambini socializzavano tra di loro prima delle sedute e partecipavano attivamente agli incontri esprimendo i loro pensieri e sentimenti. Allo

stesso tempo, dalle trascrizioni si possono individuare alcune aree tematiche ricorrenti che possono essere considerate come i punti cruciali delle sedute: il cambiamento nel riconoscimento emotivo, la vergogna e l'apprendimento di strategie di gestione emotiva funzionali.

Dai risultati si evincono alcune considerazioni generali. La rabbia e la paura sono emozioni molto presenti nel riconoscimento, nell'espressione e nella gestione delle emozioni, probabilmente a causa del trauma a cui i bambini sono stati sottoposti. Questi sentimenti sarebbero poi associati alla tristezza dettata dal peso dell'esperienza emotiva vissuta. In relazione alle difficoltà di regolazione della tristezza, i bambini si sono mostrati più interessati alle tecniche di gestione di tale emozione. Un aspetto centrale che si può osservare dall'analisi delle abilità emotive del gruppo è che la rabbia e la paura appaiono trasversalmente come i sentimenti predominanti nel riconoscimento, nell'espressione e nelle sfide della regolazione emotiva. Come già riportato nei capitoli precedenti, varie ricerche sostengono che i bambini esposti a un trauma presentino una maggior sensibilità alla rabbia, mostrando un bias di riconoscimento nella classificazione delle informazioni sociali (Pollak et al., 2000). Allo stesso tempo, è stato visto che nei bambini traumatizzati l'apprendimento emotivo sarebbe compromesso a causa della presenza di un sentimento di paura generalizzata. Infatti, gli infanti farebbero più fatica a distinguere fra situazioni sicure e minacciose perché in entrambi i casi la paura risulta essere l'emozione prevalente (McLaughlin et al., 2017). Questa scarsa discriminazione medierebbe quindi la relazione fra l'esposizione al trauma e la presenza di psicopatologie esternalizzanti nei bambini (McLaughlin & Lambert, 2018).

Nel gruppo terapeutico Ativamente, i bambini hanno mostrato un percorso di crescita significativo soprattutto nel riconoscimento delle emozioni. Dalla comparazione

delle trascrizioni degli incontri e delle riflessioni del diario di campo emerge come ci sia stato uno sviluppo nel processo di riconoscimento e comprensione delle emozioni cominciato dall'alfabetizzazione emotiva di base sulle emozioni primarie. Dall'analisi dei dati e degli artefatti fisici appare come nei primi incontri i bambini conoscessero principalmente i sentimenti di felicità e rabbia. Grazie ai momenti di psicoeducazione presenti nelle prime parte delle sedute i bambini sono diventati più consapevoli dei significati delle emozioni di base. La seduta di arte terapia in cui hanno dovuto localizzare tramite la pittura i loro sentimenti in parti specifiche del loro corpo li ha aiutati ad allenare la loro capacità di riconoscere le emozioni primarie. In seguito, nell'incontro in cui sono state presentate emozioni più complesse (solitudine, frustrazione, ansia), i bambini sono stati in grado di descrivere queste emozioni secondarie attraverso il vocabolario emotivo appreso negli incontri precedenti. Inoltre, durante le interviste e le sessioni, è emersa una capacità di riconoscere le emozioni altrui, seppur in modo limitato, evidenziando un iniziale stadio di sviluppo dell'empatia.

La paura generalizzata dei bambini emerge soprattutto quando si affronta l'argomento della vergogna, che rappresenta un tema cruciale all'interno del gruppo terapeutico. In particolare, i bambini riportano spesso un senso di sfiducia verso gli altri, che provoca in loro un intenso sentimento di paura molto complicato da gestire quando devono parlare di sé. Dalle dichiarazioni dei partecipanti emerge un sentimento di paura del giudizio degli altri e di non sentirsi completamente compresi, che potrebbe essere associato al senso di vergogna sperimentato. Alcuni bambini sono riusciti a superare in un certo grado questa paura durante gli incontri, per altri invece è risultata una sfida troppo difficile. Quando i partecipanti hanno messo da parte la vergogna, hanno iniziato a esprimere sempre di più i loro sentimenti. Dalle osservazioni del diario di campo emerge

come, con il passare degli incontri, i bambini non siano solamente intervenuti di più per manifestare verbalmente le emozioni, ma nelle loro parole è apparso più evidente il trasporto emotivo che ha condizionato le esperienze di vita riportate. In particolare, il sentimento della rabbia è stato quello più espresso, soprattutto nei bambini che avevano perso un genitore. Questa alternanza fra un sentimento di rabbia e il ritiro in sé stessi dei bambini è una risposta comune nelle persone che hanno subito un trauma dal momento che la rabbia potrebbe scaturire proprio dall'umiliazione derivante dalla vergogna (Walker, 2011). Come si può osservare dalle trascrizioni, la vergogna si associa anche nei bambini del gruppo Ativamente con sentimenti di rabbia e nervosismo. Tali sentimenti sono difficili da notare dal momento che spesso vengono celati dal ritiro dei partecipanti. Il rifiuto di parlare con il gruppo può essere una sfida importante per i facilitatori del gruppo. Infatti, la vergogna dei partecipanti più risultate una problematica rilevante per gli operatori dei servizi sociali, i quali si percepiscono impotenti davanti alla paura dei bambini di accettare il loro aiuto (Walker, 2011). Questa resistenza deriva intrinsecamente anche dall'ambiente del CAPS i che, per quanto possa apparire un luogo ospitale, rimane comunque una struttura di assistenza psicosociale. In quanto tale, il doversi recare in un servizio ambulatoriale non fa che alimentare inevitabilmente la paura dei bambini di non essere "normali", e quindi, il loro senso di inadeguatezza.

Se i sentimenti di rabbia e paura sono stati più evidenti, parlare della tristezza non è stato altrettanto semplice. Ciò che si può notare rispetto a quest'emozione è che, da quanto riportano i bambini, spesso si associa alla sofferenza di un evento traumatico o dal peso delle emozioni che ne seguono, ovvero la paura e la rabbia. Inoltre, nei bambini brasiliani che hanno perso un genitore il sentimento di tristezza si declina nella sua accezione brasiliana di *saudade*. Questo sentimento malinconico risulta essere una

conseguenza del lutto infantile e si accompagna alla rabbia di non poter incontrare il genitore (Anton & Favero, 2011). In relazione alla tristezza, bisogna evidenziare come i partecipanti di Ativamente abbiano mostrato un particolare interesse per le strategie di regolazione di tale sentimento, tra cui la rivalutazione cognitiva della situazione. Infatti, i membri del gruppo hanno dichiarato di aver apprezzato la tecnica di ripensare agli aspetti negativi di una determinata situazione; nonostante ciò richieda uno sforzo cognitivo maggiore per i bambini che hanno sperimentato un trauma (McLaughlin & Lambert, 2018). Oltre alla regolazione della tristezza, ha suscitato molto interesse la tecnica della respirazione diaframmatica che è stata la strategia di regolazione più ad aver riscosso più successo. Questa particolare attenzione sarebbe coerente con le necessità riscontrate dai bambini che mostrano un maggior coinvolgimento nei domini di sentimenti più aggressivi e ansiogeni. L'aggressività e l'impulsività mostrata durante gli incontri sono alcune delle caratteristiche principali della disregolazione e iperattivazione emotiva ((Tonacci et al., 2019). Le lacune nella capacità di regolazione emotiva potrebbero essere determinate dall'utilizzo ripetuto di tecniche di regolazioni disadattive, come l'evitamento (Boldanski et al., 2019). Tale strategia è stata proposta più volte durante le sedute come possibile soluzione per affrontare alcune situazioni emotive. L'interesse mostrato dai partecipanti per questo tipo di strategie potrebbe derivare dalla scarsa capacità di gestire le emozioni negative emersa sia dalle trascrizioni che dalla compilazione dell'adattamento in portoghese del questionario "How i feel".

Nonostante le difficoltà nel comprendere, comunicare e gestire le proprie emozioni, il gruppo terapeutico Ativamente ha fornito ai partecipanti uno spazio sicuro in cui poter ricevere sostegno e condividere il proprio vissuto emotivo. Grazie al supporto

dello psicologo e dei facilitatori i bambini hanno compreso di potersi confidare all'interno del gruppo riconoscendo che le loro difficoltà erano simili a quelle degli altri partecipanti. Anche se la durata dell'intervento terapeutico è stata abbastanza limitata, verso la fine degli incontri si è creata una buona connessione tra i componenti del gruppo che ha portato i bambini a partecipare in maniera attiva riconoscendo gli effetti positivi della terapia di gruppo. Infatti, i partecipanti del gruppo terapeutico hanno riferito in più occasioni di aver tratto beneficio dal trattamento. In particolare, hanno dichiarato di essere più consapevoli delle loro emozioni e di come gestirle li abbia aiutati ad affrontare in maniera più funzionale alcune situazioni di vita quotidiane. Per concludere, dai risultati della ricerca emerge come il gruppo terapeutico Attivamente sia uno spazio che promuove la riabilitazione psicosociale dei partecipanti e che faciliti il loro cambiamento di vita rendendoli i protagonisti del percorso di cura. Nonostante ciò, i cambiamenti osservati vanno comunque interpretati alla luce dei limiti che saranno presentati nel paragrafo seguente.

4.5 Limiti della ricerca

La ricerca presenta alcune limitazioni che possono essere riassunte in quattro categorie: limiti legati al gruppo terapeutico, ai partecipanti, allo studio di caso e al contesto culturale.

Rispetto alla natura dell'intervento terapeutico il limite principale è rappresentato dalla breve durata del percorso terapeutico. Infatti, il gruppo terapeutico si è ritrovato solo cinque volte a causa di alcuni limiti di tempo dettati dal periodo dell'anno in cui sono iniziate le sedute. La quantità esigua di incontri non ha reso possibile una valutazione più approfondita e attendibile dell'impatto che le sedute hanno avuto sui bambini. Inoltre, il

gruppo terapeutico non è passato per tutte le fasi della terapia di gruppo descritte nel primo capitolo, ma si è interrotto nel momento in cui i partecipanti hanno iniziato a integrarsi all'interno del gruppo (Malhotra & Baker, 2019). Un altro aspetto strutturale del gruppo terapeutico che può aver inciso sull'andamento dell'intervento è stato il numero eccessivo di operatori che hanno partecipato al gruppo terapeutico. La presenza di più facilitatori può aver disorientato i bambini che hanno fatto più fatica a identificare una figura di riferimento fissa a cui rivolgersi e con cui costruire un legame di fiducia. Inoltre, potrebbe essere stato più complicato per i bambini esprimersi davanti a 5 operatori diversi, contribuendo così ad alimentare il loro senso di vergogna.

Un secondo limite è legato all'età dei partecipanti dello studio di caso. È risultato particolarmente complicato misurare i costrutti indagati nell'ipotesi di ricerca perché i bambini hanno faticato a esporsi verbalmente su concetti su cui non erano mai stati abituati a esprimersi. Inoltre, le differenze mostrate nel livello di scrittura e di comprensione del testo tra i partecipanti hanno rappresentato una sfida per la scelta di strumenti di raccolta dati alla portata di tutti e per la validità delle valutazioni svolte attraverso la somministrazione di item. Allo stesso tempo, nella compilazione dei questionari e durante le sedute i bambini potrebbero aver dato risposte influenzate dal bias della desiderabilità sociale.

Nonostante lo studio di caso può aiutare ad ottenere una visione approfondita di situazioni complesse, tale metodologia comporta alcune limitazioni (Yin, 2018). Lo studio di caso presenta una generalizzabilità limitata anche a causa della variabilità delle condizioni sperimentate. Questa mancanza di controllo sull'ambiente di ricerca inficia negativamente anche sulla validità interna dello studio. Inoltre, trattandosi principalmente di un'analisi descrittiva non è possibile stabilire delle relazioni causali tra le variabili.

Infine, l'oggettività dello studio dipende dalle interviste, dai documenti e dalle osservazioni che sono influenzati dalle opinioni e credenze del ricercatore.

In particolare, la prospettiva del ricercatore può aver avuto un ruolo nel determinare alcuni aspetti dei risultati dello studio soprattutto se si considerano le differenze legate al contesto culturale di appartenenza. In primis, la lingua portoghese ha comportato alcune difficoltà nella comunicazione nella comprensione linguistica durante gli incontri e le interviste. L'aspetto principale riguarda però l'interpretazione dei risultati che non sono condizionati solamente dalla visione del ricercatore, ma anche dalle credenze differenti che si legano alla cultura.

CONCLUSIONI

I risultati presentati in questa ricerca devono essere analizzati attraverso la lente del contesto culturale in cui sono inserite. Il Brasile rientra fra i dieci paesi al mondo con il più alto tasso di omicidi e presenta livelli di violenza domestica e comunitaria molto elevati (Luz et al., 2016). Per questo motivo è molto comune che i minori brasiliani assistano ad eventi traumatici che inevitabilmente segnano in maniera profonda la loro esperienza di vita con conseguenze significative sul loro sviluppo emotivo. Il CAPS i è un servizio di salute psicosociale pubblico che cerca di soddisfare questa domanda. Nonostante ciò, visto l'ampio numero di utenti che fanno richiesta di assistenza, la struttura risulta spesso sovraccaricata (Amaral et al., 2018). Perciò, anche i cambiamenti dei partecipanti del gruppo terapeutico Ativamente devono essere letti alla luce dell'ambiente culturale brasiliano.

La ricerca ha approfondito il modo in cui i bambini di Juazeiro si sono confrontati con i propri sentimenti all'interno di un gruppo terapeutico attraverso il loro punto di vista. Lo studio fa emergere l'importanza di garantire uno spazio sicuro ai bambini che hanno bisogno di elaborare il proprio vissuto tramite l'espressione dei propri sentimenti. Infatti, quando i bambini capiscono di potersi fidare dei membri del gruppo si crea un clima positivo. Solo allora il gruppo terapeutico può diventare un contenitore per i sentimenti dei bambini, i quali iniziano a capire l'importanza di uno strumento che può promuovere cambiamenti di vita duraturi.

Purtroppo, questo tipo di interventi segue una logica di assistenza emergenziale nel CAPS i a causa della mancanza di personale e di una struttura definita. Infatti, spesso la costituzione di questi gruppi terapeutici dipende dall'iniziativa di singoli psicologi che oltre a condurre numerose sedute individuali si prendono la responsabilità di gestire uno

o più gruppi terapeutici. In sintesi, sarebbe auspicabile effettuare altri studi sui gruppi terapeutici del CAPS valutandone l'efficacia tramite l'utilizzo di metodi di ricerca con risultati più generalizzabili. Per arrivare a tale obiettivo, si potrebbero indagare i gruppi terapeutici su un periodo temporale maggiore o in altre regioni del Brasile. Le evidenze emerse da tali ricerche potrebbero incentivare il governo brasiliano a finanziare maggiormente questo tipo di percorso di cura.

BIBLIOGRAFIA

- Adolphs, R. (2003). Cognitive neuroscience of human social behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(3), 165–178.
- Amaral, C. E., Onocko-Campos, R., de Oliveira, P. R. S., Pereira, M. B., Ricci, É. C., Pequeno, M. L., Emerich, B., Dos Santos, R. C., & Thornicroft, G. (2018). Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: Narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 1–14.
<https://doi.org/10.1186/s13033-018-0237-8>
- Anderson, H., & Gehart, D. (2012). *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. Routledge.
- APA Dictionary of Psychology. (2023a). <https://dictionary.apa.org/>
- APA Dictionary of Psychology. (2023b). <https://dictionary.apa.org/>
- APA Dictionary of Psychology. (2023c). <https://dictionary.apa.org/>
- Assed, M. M., Khafif, T. C., Belizario, G. O., Fatorelli, R., Rocca, C. C. de A., & de Pádua Serafim, A. (2020). Facial emotion recognition in maltreated children: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1493–1509.
<https://doi.org/10.1007/s10826-019-01636-w>
- Assis, S. G. de, Avanci, J. Q., Pesce, R. P., & Ximenes, L. F. (2009). Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 349–361. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200002>
- Avanci, J. Q., Assis, S. G. de, & Pesce, R. P. (2008). Depressão em crianças: Uma reflexão sobre crescer em meio à violência. In *Depressão em crianças: Uma reflexão sobre crescer em meio à violência* (pp. 77–77).

- Azevedo, D. M. de, & Miranda, F. A. N. de. (2011). Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: Percepção de familiares. *Escola Anna Nery*, *15*, 339–345. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200017>
- Bandeira, N., & Onocko-Campos, R. (2021). Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). *Saúde em Debate*, *45*, 91–104. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112807>
- Bodalski, E. A., Knouse, L. E., & Kovalev, D. (2019). Adult ADHD, emotion dysregulation, and functional outcomes: Examining the role of emotion regulation strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *41*, 81–92. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9695-1>
- Bosgraaf, L., Spreen, M., Pattiselanno, K., & Hooren, S. van. (2020). Art therapy for psychosocial problems in children and adolescents: A systematic narrative review on art therapeutic means and forms of expression, therapist behavior, and supposed mechanisms of change. *Frontiers in psychology*, *11*, 2389. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.584685>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, *3*(2), 77–101.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
- Brumariu, L. E. (2015). Parent–child attachment and emotion regulation. *New directions for child and adolescent development*, *2015*(148), 31–45. <https://doi.org/10.1002/cad.20098>
- Calkins, S. D., Dedmon, S. E., Gill, K. L., Lomax, L. E., & Johnson, L. M. (2002). Frustration in infancy: Implications for emotion regulation, physiological processes, and temperament. *Infancy*, *3*(2), 175–197. https://doi.org/10.1207/S15327078IN0302_4

- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *The American journal of psychology*, 39(1/4), 106–124.
<https://doi.org/10.2307/1415404>
- Cardoso, C., & Seminotti, N. (2006). O grupo psicoterapêutico no Caps. *Ciência & saúde coletiva*, 11, 775–783. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300025>
- Castro, V. L., Halberstadt, A. G., Lozada, F. T., & Craig, A. B. (2015). Parents' emotion-related beliefs, behaviours, and skills predict children's recognition of emotion. *Infant and child development*, 24(1), 1–22. <https://doi.org/10.1002/icd.1868>
- Cavalcanti, M. (2023). CAPS Infanto-juvenil: Crianças com Espectro Autista têm atendimento multiprofissional garantido pela Prefeitura de Juazeiro. *Prefeitura de Juazeiro - BA*. <https://www6.juazeiro.ba.gov.br/caps-infanto-juvenil-criancas-com-espectro-autista-tem-atendimento-multiprofissional-garantidos-pela-prefeitura-de-juazeiro/>
- Chinekesh, A., Kamalian, M., Eltemasi, M., Chinekesh, S., & Alavi, M. (2013). The effect of group play therapy on social-emotional skills in pre-school children. *Global Journal of Health Science*, 6(2), 163–167. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p163>
- Christner, R. W., Stewart, J., & Freeman, A. (2007). *Handbook of cognitive-behavior group therapy with children and adolescents: Specific settings and presenting problems*. Routledge.
- Conceição, M. M. da, Whitaker, M. C. O., Grimaldi, M. R. M., Silva, L. L. P. da, Silva, L. S. da, Oliveira, M. M. C., & Camargo, C. L. de. (2022). Child and adolescent victims of sexual violence: Aspects of physical and emotional development. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0584>

- Cury, C. R., & Golfeto, J. H. (2003). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): A study of school children in Ribeirão Preto. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25, 139–145.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000300005>
- Dalili, M. N., Penton-Voak, I. S., Harmer, C., & Munafò, M. R. (2015). Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder. *Psychological medicine*, 45(6), 1135–1144. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002591>
- Damasio, A. R. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 351(1346), 1413–1420. <https://doi.org/10.1098/rstb.1996.0125>
- Datasus. (2023). *TabNet Win32 3.2: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS - Sinan*.
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>
- de Bairos, C. A. (2020). O trabalho do psicólogo em grupos de saúde mental no CAPS. *Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste*, 5, e24286–e24286.
- de Camargo, L. G. G., de Oliveira, I. B., Bonini, J. S., Rangel, J. da S. B., Losso, R., Weber, A. L., & Abreu, I. S. (2023). Situação atual de saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil. *Brazilian Journal of Development*, 9(1), 1997–2010.
<https://doi.org/10.34117/bjdv9n1-138>
- De Leersnyder, J. (2017). Emotional acculturation: A first review. *Current opinion in psychology*, 17, 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.06.007>
- De Leersnyder, J., Boiger, M., & Mesquita, B. (2013). Cultural regulation of emotion: Individual, relational, and structural sources. *Frontiers in psychology*, 4, 55.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00055>

- De Leersnyder, J., Kim, H., & Mesquita, B. (2015). Feeling right is feeling good: Psychological well-being and emotional fit with culture in autonomy-versus relatedness-promoting situations. *Frontiers in Psychology, 6*, 630.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00630>
- Delgado, P. G. (2015). Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 25*, 13–18. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100002>
- Denham, S. A., Bassett, H. H., & Zinsser, K. (2012). Early childhood teachers as socializers of young children's emotional competence. *Early Childhood Education Journal, 40*, 137–143. <https://doi.org/10.1007/s10643-012-0504-2>
- Denollet, J., Nykliček, I., & Vingerhoets, A. J. (2008). Introduction: Emotions, emotion regulation, and health. *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues*, 3–11.
https://doi.org/10.1007/978-0-387-29986-0_1
- Durand, K., Gallay, M., Seigneuric, A., Robichon, F., & Baudouin, J.-Y. (2007). The development of facial emotion recognition: The role of configural information. *Journal of experimental child psychology, 97*(1), 14–27.
<https://doi.org/10.1016/j.jecp.2006.12.001>
- Dwivedi, K. N. (1993). *Group work with children and adolescents: A handbook*. Jessica Kingsley Publishers.
- Ekman, P., & Oster, H. (1979). Facial expressions of emotion. *Annual review of psychology, 30*(1), 527–554. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.30.020179.002523>
- Ekman, P. (1973). Universal facial expressions in emotion. *Studia Psychologica, 15*(2), 140.

- Epel, N., Zohar, A. A., Artom, A., Novak, A. M., & Lev-Ari, S. (2021). The effect of cognitive behavioral group therapy on children's self-esteem. *Children*, 8(11), 958.
- Erel, S., Alsancak-Akbulut, C., & Berument, S. K. (2023). Intergenerational transmission of psychopathology: The mediating role of maternal self-expressiveness and child emotion regulation. *Current Psychology*, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04805-9>
- Etherington, K., & Bridges, N. (2011). Narrative case study research: On endings and six session reviews. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 11–22. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.546072>
- Feldman, B. (2001). Saudade: Longing and desire in the Brazilian soul. *The San Francisco Jung Institute Library Journal*, 20(2), 51–56. <https://doi.org/10.1525/jung.1.2001.20.2.51>
- Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(6), 727–734. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca>
- Fox, N. A., & Calkins, S. D. (2003). The development of self-control of emotion: Intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and emotion*, 27, 7–26. <https://doi.org/10.1023/A:1023622324898>
- Franco, A. (2022). Mais de 4 mil usuários recebem atendimentos de saúde mental nos CAPS em Juazeiro. *Prefeitura de Juazeiro - BA*. <https://www6.juazeiro.ba.gov.br/mais-de-4-mil-usuarios-recebem-atendimentos-de-saude-mental-nos-caps-em-juazeiro/>
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Harvard University Press.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van Den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and

females. *Personality and individual differences*, 36(2), 267–276.

[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00083-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00083-7)

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>

Grunebaum, H., & Kates, W. (1977). Whom to refer for group psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 134(2), 130–133. <https://doi.org/10.1176/ajp.134.2.130>

Hamasaki, H. (2020). Effects of diaphragmatic breathing on health: A narrative review. *Medicines*, 7(10), 65. <https://doi.org/10.3390/medicines7100065>

Hamori, E., & Hódi, Á. (1996). Reflection of family transference in group psychotherapy for preadolescents. *Group Analysis*, 29(1), 43–54.
<https://doi.org/10.1177/0533316496291005>

Harris, P. L. (1989). *Children and emotion: The development of psychological understanding*. Basil Blackwell.

Holodynski, M. (2009). Milestones and mechanisms of emotional development. *Emotions as bio-cultural processes*, 139–163. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09546-2_7

Housman, D. K. (2017). The importance of emotional competence and self-regulation from birth: A case for the evidence-based emotional cognitive social early learning approach. *International Journal of Child Care and Education Policy*, 11(1), 1–19.
<https://doi.org/10.1186/s40723-017-0038-6>

Izard, C. E. (2009). Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual review of psychology*, 60, 1–25.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163539>

James, W. (1884). *What is an emotion?* IX, 188–204.

- Keenan, K. (2000). Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4), 418.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.7.4.418>
- Krys, K., Yeung, J. C., Capaldi, C. A., Lun, V. M.-C., Torres, C., van Tilburg, W. A., Bond, M. H., Zelenski, J. M., Haas, B. W., & Park, J. (2022). Societal emotional environments and cross-cultural differences in life satisfaction: A forty-nine country study. *The Journal of Positive Psychology*, 17(1), 117–130.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1858332>
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American journal of psychiatry*, 167(6), 640–647.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*.
- Lima, D. K. R. R., & Guimarães, J. (2019). Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: Problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29, e290310.
- Luz, M. P., Coutinho, E. S., Berger, W., Mendlowicz, M. V., Vilete, L. M., Mello, M. F., Quintana, M. I., Bressan, R. A., Andreoli, S. B., & Mari, J. J. (2016). Conditional risk for posttraumatic stress disorder in an epidemiological study of a Brazilian urban population. *Journal of psychiatric research*, 72, 51–57.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.10.011>
- Macedo, J. P., Abreu, M. M. de, Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e sociedade*, 26, 155–170. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>

- Malhotra, A., & Baker, J. (2019). *Group therapy*.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(3), 438. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Marzano, M. L. R., & Sousa, C. A. C. de. (2004). O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. *Texto & Contexto-Enfermagem, 13*, 577–584. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000400010>
- McLaughlin, K. A., & Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: Mechanisms of risk and resilience. *Current opinion in psychology, 14*, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.004>
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Gold, A. L., Duys, A., Lambert, H. K., Peverill, M., Heleniak, C., Shechner, T., Wojcieszak, Z., & Pine, D. S. (2016). Maltreatment exposure, brain structure, and fear conditioning in children and adolescents. *Neuropsychopharmacology, 41*(8), 1956–1964. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.365>
- McLeod, J. (2010). *Case study research in counselling and psychotherapy*. Sage Publications.
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion, 20*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Mesquita, B., Boiger, M., & De Leersnyder, J. (2016). The cultural construction of emotions. *Current opinion in psychology, 8*, 31–36.
- Michalson, L., & Lewis, M. (1985). What do children know about emotions and when do they know it? In *The socialization of emotions* (pp. 117–139). Springer.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current opinion in psychology, 25*, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>

- Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS, Pub. L. No. • Portaria nº 3.089 (2011).
- Mosquera, D., Gonzalez, A., & Leeds, A. M. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: The role of insecure and disorganized attachment. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-15>
- Mouw, J. M., Van Leijenhorst, L., Saab, N., Danel, M. S., & van den Broek, P. (2019). Contributions of emotion understanding to narrative comprehension in children and adults. *European Journal of Developmental Psychology*, 16(1), 66–81.
- O que é a Rede de Atenção Psicossocial*. (2013). Ministério da Saúde.
- Oatley, K., & Johnson-Laird, P. N. (2011). Basic emotions in social relationships, reasoning, and psychological illnesses. *Emotion Review*, 3(4), 424–433. <https://doi.org/10.1177/1754073911410738>
- Oliveira, S. S. G. de, Dias, M. da G. B., & Roazzi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: reflexão e crítica*, 16, 1–13. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000100003>
- Pacheco, S. U. C., Rodrigues, S. R., & Benatto, M. C. (2018a). A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re) construção do seu projeto de vida. *Mental*, 12(22), 72–89.
- Pacheco, S. U. C., Rodrigues, S. R., & Benatto, M. C. (2018b). A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re) construção do seu projeto de vida. *Mental*, 12(22), 72–89.
- Paulus, F. W., Ohmann, S., Möhler, E., Plener, P., & Popow, C. (2021). Emotional dysregulation in children and adolescents with psychiatric disorders. A narrative review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 628252. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628252>

- Perry, N. B., & Calkins, S. D. (2018). A biopsychosocial perspective on the development of emotion regulation across childhood. *Emotion regulation: A matter of time*, 3–30. <https://doi.org/10.4324/9781351001328-1>
- Pessoa, L. (2008). On the relationship between emotion and cognition. *Nature reviews neuroscience*, 9(2), 148–158. <https://doi.org/10.1038/nrn2317>
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: Instituições, atores e políticas. *Ciência & saúde coletiva*, 16, 4579–4589. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: Developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental psychology*, 36(5), 679.
- Pons, F., Harris, P. L., & De Rosnay, M. (2004). Emotion comprehension between 3 and 11 years: Developmental periods and hierarchical organization. *European journal of developmental psychology*, 1(2), 127–152. <https://doi.org/10.1080/17405620344000022>
- Roazzi, A., Dias, M. da G. B. B., Silva, J. O. da, Santos, L. B. dos, & Roazzi, M. M. (2011). O que é emoção? Em busca da organização estrutural do conceito de emoção em crianças. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 51–61. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000100007>
- Robinson, L. R., Morris, A. S., Heller, S. S., Scheeringa, M. S., Boris, N. W., & Smyke, A. T. (2009). Relations between emotion regulation, parenting, and psychopathology in young maltreated children in out of home care. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 421–434. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9246-6>
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. Guilford press.

- Sala, M. N., Pons, F., & Molina, P. (2014). Emotion regulation strategies in preschool children. *British Journal of Developmental Psychology*, 32(4), 440–453.
https://doi.org/10.1111/bjdp.12055open_in_new
- Sampaio, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2021). Rede de Atenção Psicossocial: Avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00042620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69(5), 379. <https://doi.org/10.1037/h0046234>
- Schueller, S. M. (2009). Promoting wellness: Integrating community and positive psychology. *Journal of Community Psychology*, 37(7), 922–937.
<https://doi.org/10.1002/jcop.20334>
- Semple, R. J., & Lee, J. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for children. In *Mindfulness-based treatment approaches* (pp. 161–188). Elsevier.
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of child and family studies*, 19, 218–229.
<https://doi.org/10.1007/s10826-009-9301-y>
- Shechtman, Z. (2014). *Counseling and therapy groups with children and adolescents*.
<https://doi.org/10.4135/9781544308555.n46>
- Slavson, S. R. (1950). *Analytic Group Psychotherapy: With Children Adolescents and Adults*. Columbia University Press.
- Song, Q., Smiley, P. A., & Doan, S. N. (2022). The moderating effect of facial emotion recognition in maternal emotion socialization and child socioemotional adjustment. *Social Development*, 31(4), 1095–1109. <https://doi.org/10.1111/sode.12593>

- Sorce, J. F., Emde, R. N., Campos, J. J., & Klinnert, M. D. (1985). Maternal emotional signaling: Its effect on the visual cliff behavior of 1-year-olds. *Developmental psychology*, 21(1), 195. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.21.1.195>
- Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2003). Emotional expressions of young infants and children: A practitioner's primer. *Infants & Young Children*, 16(2), 120–142. <https://doi.org/10.1097/00001163-200304000-00005>
- Theule, J., Germain, S. M., Cheung, K., Hurl, K. E., & Markel, C. (2016). Conduct disorder/oppositional defiant disorder and attachment: A meta-analysis. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, 2, 232–255. <https://doi.org/10.1007/s40865-016-0031-8>
- Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T., & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: Uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63, 360–372. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000046>
- Titchener, E. B. (1914). An historical note on the James-Lange theory of emotion. *The american journal of psychology*, 25(3), 427–447. <https://doi.org/10.2307/1412861>
- Tonacci, A., Billeci, L., Calderoni, S., Levantini, V., Masi, G., Milone, A., Pisano, S., & Muratori, P. (2019). Sympathetic arousal in children with oppositional defiant disorder and its relation to emotional dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 257, 207–213. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.046>
- Venkatraman, A., Edlow, B. L., & Immordino-Yang, M. H. (2017). The brainstem in emotion: A review. *Frontiers in neuroanatomy*, 11, 15. <https://doi.org/10.3389/fnana.2017.00015>

- Vikan, A., Kårstad, S. B., & Dias, M. (2013). Young Brazilian and Norwegian children's concepts of strategies and goals for emotion regulation. *Journal of Early Childhood Research, 11*(1), 63–77. <https://doi.org/10.1177/1476718X12456981>
- Walden, T. A., Harris, V. S., & Catron, T. F. (2003). How I feel: A self-report measure of emotional arousal and regulation for children. *Psychological assessment, 15*(3), 399.
- Walker, J. (2011). The relevance of shame in child protection work. *Journal of Social Work Practice, 25*(4), 451–463. <https://doi.org/10.1080/02650533.2011.560660>
- Walter, H., von Kalckreuth, A., Schardt, D., Stephan, A., Goschke, T., & Erk, S. (2009). The temporal dynamics of voluntary emotion regulation. *PLoS one, 4*(8), e6726. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0006726>
- Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1996). Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the still-face. *Child development, 67*(3), 905–914. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01772.x>
- Wieder, S. (2017). The power of symbolic play in emotional development through the DIR lens. *Topics in Language Disorders, 37*(3), 259–281. <https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000126>
- Yang, Y., & Wang, Q. (2019). Culture in emotional development. *Handbook of emotional development, 569–593*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-17332-6_22
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications*. Sage.
- Zajonc, R. B. (1985). Emotion and facial efference: A theory reclaimed. *Science, 228*(4695), 15–21. <https://doi.org/10.1126/science.3883492>
- Zarra-Nezhad, M., Pakdaman, F., & Moazami-Goodarzi, A. (2023). The effectiveness of child-centered group play therapy and narrative therapy on preschoolers' separation

anxiety disorder and social-emotional behaviours. *Early Child Development and Care*, 193(6), 841–853. <https://doi.org/10.1080/03004430.2023.2167987>

Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(2), 155–168. <https://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014>